

ПОТРЕБИ ТА БАР'ЄРИ на шляху до реабілітації людей з онкологічними захворюваннями

Автори: К. Тимрук-Скоропад, Т. Одинець, А. Бойчук, Ю. Павлова

Дизайн, графіка: БФ «Пацієнти України», _____

Сайт

Сайт Фонду досліджень наук про здоров'я: <https://www.research.in.ua/>

Facebook: <https://www.facebook.com/HealthSciencesResearch>

Email: hello@research.in.ua

Подяка

Звіт виконаний за результатами дослідження «Реабілітація в онкології: рух до відновлення» проведеного зусиллями БФ «Пацієнти України» (у рамках «TRUE. Реабілітація травм для України») та ГО «Фондом досліджень наук про здоров'я» за участі ГО «Афіна» та ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів» та за підтримки БФ «Запорука». Завдяки участі пацієнтів, фахівців та експертів нам вдалося зібрати ґрунтовні свідчення про реальні потреби, доступ і бар'єри, з якими зіштовхуються люди зі злоякісними новоутвореннями на шляху до реабілітації. Отримані результати розширюють наявну доказову базу з онкологічної реабілітації в Україні та можуть слугувати основою для обґрунтованого прийняття рішень на клінічному, організаційному та нормативному рівнях.

Висловлюємо щирю вдячність Міністерству охорони здоров'я України, Національній службі здоров'я України, усім експертам, пацієнтам та фахівцям, які долучилися до дослідження: взяли участь в опитуваннях, роботі фокус груп, поділилися своїм досвідом й думками. Безмежно вдячні колегам Helen Ricketts (St George's, Epsom and St Helier University Hospitals and Health Group, London), та Dr. Ceri Battle (Consultant Respiratory Physiotherapist in Trauma and Emergency Care, Morriston Hospital, Swansea; Honorary Professor in Trauma and Emergency Care, Swansea University Medical School; South Wales Trauma Network Quality Improvement and Research) за їхнє щире зацікавлення, участь, візії міжнародного досвіду та критичний аналіз ключових знахідок.

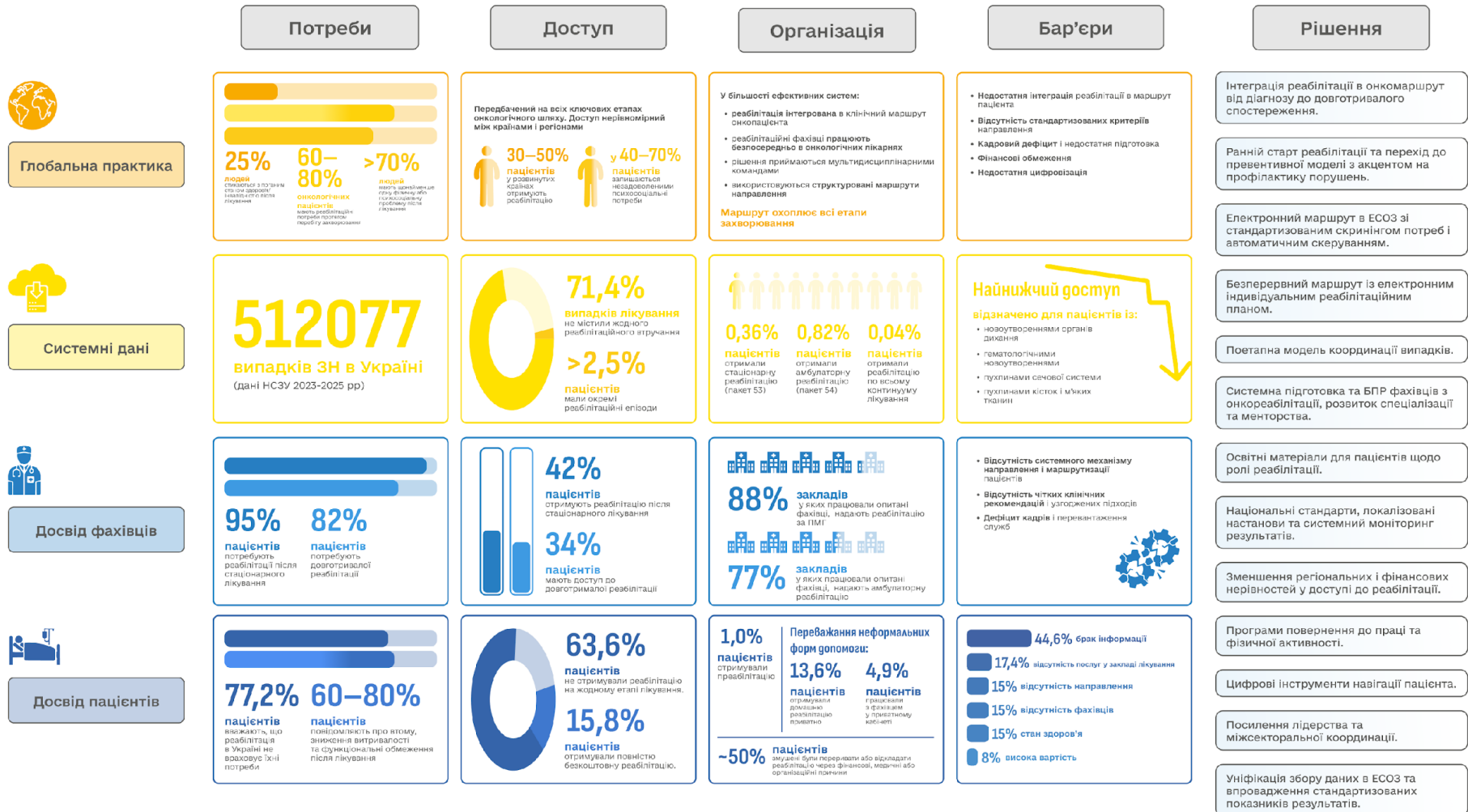
Зміст

Подяка	3
ЗМІСТ	4
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
Ключові знахідки	1
1. ВСТУП	1
2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ	2
Дизайн дослідження	2
Учасники дослідження	3
Інструменти	4
Аналіз даних	4
Етика	6
3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	6
3.1. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ	6
3.2. ДОСВІД НАДАННЯ ТА ОТРИМАННЯ ПОСЛУГ З РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	9
<i>Організація реабілітаційної допомоги</i>	<i>11</i>
<i>Потреби у реабілітації осіб з діагнозом злоякісного новоутворення</i>	<i>14</i>
<i>Доступ до онкореабілітації</i>	<i>16</i>
3.3. БАР'ЄРИ ТА ФАСИЛІТАТОРИ ДОСТУПУ ДО НАЛЕЖНИХ ПОСЛУГ З ОНКореабілітації	18
4. МІЖНАРОДНІ СТРАТЕГІЇ ТА СТАНДАРТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОНКореабілітації	23
5. ПІДСУМКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	26
Підсумки	26
Можливі рішення на основі результатів дослідження	27
Обмеження дослідження	28
Додаток 1. Результати анкетування фахівців	30
Додаток 2. Результати анкетування пацієнтів	38

Перелік умовних скорочень

БФ – благодійний фонд
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ВОФТ – Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів
ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії
ГО – громадська організація
ЕСОЗ – Електронна система охорони здоров'я
ЕТ – ерготерапія / ерготерапевт
ЗН – злоякісне новоутворення
ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
ЛФРМ – лікар фізичної та реабілітаційної медицини
МДРК – мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ – Національна служба здоров'я України
ПМГ – Програма медичних гарантій
РДОЗ – рамка доступу до послуг охорони здоров'я (Levesque et al.)
ФР – фахівці з реабілітації
ФРМ – фізична та реабілітаційна медицина
ФТ – фізична терапія / фізичний терапевт
АСНІ – Australian Classification of Health Interventions (Австралійська класифікація медичних втручань)
SEM / CEM – Social-Ecological Model (соціально-екологічна модель)

Ключові знахідки



1. ВСТУП

Онкологічні захворювання є однією з провідних причин захворюваності та смертності у світі. За даними GLOBOCAN, у 2020 році було зареєстровано понад 19,3 млн нових випадків злویкісних новоутворень та майже 10 мільйонів смертей від раку, що створює значне навантаження на системи охорони здоров'я та суспільство¹. До 2040 року очікується зростання кількості нових випадків на 47% – до 28,4 мільйона, що ще більше посилить навантаження на системи охорони здоров'я та зробить питання доступної й якісної реабілітації для онкологічних пацієнтів ще більш актуальним у всьому світі.

Онкологічний тягар в Україні є системно високим, значна частка випадків і смертей припадає на працездатний та середній вік. В Україні щороку діагностується близько 140 тисяч нових випадків раку (Національний канцер-реєстр України, 2021), а поширеність на 100 тис. населення становить 199,9 випадків (GLOBOCAN), що свідчить про високе епідеміологічне навантаження. За даними Національного канцер-реєстру України², у 2023 році в Україні було зареєстровано 139 063 вперше виявлених випадків злویкісних новоутворень серед усього населення. Найвищі абсолютні показники захворюваності виявлені у місті Києві (9 887 випадків), Дніпропетровській (11 009 випадків), Львівській (8 631 випадків), Одеській (6 857 випадків), Полтавській (5 026 випадків), Кіровоградській (4 188 випадків), Волинській (3 386 випадків), Івано-Франківській (4 632 випадків), Запорізькій (3 007 випадків) областях. Найменше випадків зафіксовано у Луганській (239 випадків), Донецькій (816 випадків), Херсонській (1 244 випадків) та Миколаївській областях (2 437 випадків). Майже половину злویкісних новоутворень виявили у осіб віком 18–64 роки, з них – 47,4% чоловіки і 50,4% – жінки. Впродовж 2023 року від злویкісних новоутворень померло 75 450 осіб. Серед померлих віком 18–64 роки від злویкісних новоутворень частка чоловіків становила 42,0%, жінок – 38,6%. Понад 70% від усіх виявлених випадків раку припадало на вікову групу 45–74 роки, також 75% померлих від онкозахворювань чоловіків і понад 66% жінок припадало саме на цю вікову групу. Поширеними злویкісними новоутвореннями у чоловіків були рак легень (15,6% усіх випадків у цій віковій групі), рак передміхурової залози (14,5%), рак ободової кишки (7,7%), рак шлунка (7,1%), рак прямої кишки (7,4%), рак нирки (4,5%), меланома шкіри (5,5%), злویкісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та спорідненої тканин (5,4%), рак підшлункової залози (4,0%) та рак ротової порожнини (4,3%). У жінок переважали рак молочної залози (25,2% від усіх випадків), рак тіла матки (11,5%), рак шийки матки (6,2%), рак ободової кишки (7,3%), рак яєчника (5,8%), меланома шкіри (3,7%), рак прямої кишки (5,8%), рак щитоподібної залози (3,3%), рак нирки (3,1%) та рак легені (3,8%).

Онкологічні хвороби є надзвичайно різноманітними за перебігом і прогнозом, а також мають різний вплив на функціональний стан пацієнтів та їх функціонування. Онкозахворювання впливають на усі аспекти здоров'я та можуть спричиняти порушення рухливості, втрату сили м'язів, хронічний біль, лімфедему, когнітивні та психологічні розлади. Ці стани виникають як внаслідок самого пухлинного процесу, так і внаслідок побічних ефектів хірургічного втручання, хіміотерапії, променевої або гормональної терапії³. Різні побічні ефекти лікування, зокрема втома, больовий синдром, зниження фізичної функції, можуть зберігатися протягом багатьох років після завершення основного лікування і суттєво впливати на здатність пацієнта до самообслуговування та його можливості повернутися до активного життя. **Онкологічна допомога пацієнту вимагає скоординованої взаємодії між лікарнями та медичними, соціальними та іншими службами.** Важливим елементом такої онкологічної допомоги є комплексна, мультидисциплінарна реабілітація. Ефективні моделі поєднують фізичну терапію, ерготерапію, терапію мови та мовлення, психологічну підтримку, консультування щодо харчування та соціальну допомогу, забезпечуючи індивідуалізований підхід⁴. За даними Alfano та

¹ Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

² Fedorenko, Z. P., Sumkina, O. V., Gorokh, Ye. L., Kutsenko, L. B., & Michailovich, Y. Y. (2025). Cancer in Ukraine, 2023–2024: Incidence, mortality, and performance of oncological service (Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine, No. 26). Kyiv. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_26/PDF/Bull_26.pdf

³ Silver, J. K., Baima, J., & Mayer, R. S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality care and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(5), 295–317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>

⁴ Silver, J. K., & Baima, J. (2013). Cancer prehabilitation: An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(8), 715–727. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4afe>

ін.⁵, системне впровадження програм реабілітації у клінічні маршрути пацієнтів з раком зменшує рівень інвалідизації, покращує якість життя та сприяє економії ресурсів охорони здоров'я. Разом з тим, навіть у країнах з розвиненими медичними системами, онкологічна реабілітація часто залишається фрагментованою та недостатньо доступною, що призводить до нерівності в отриманні допомоги⁶. Також підкреслюється, що для ефективної реабілітації потрібна тісна взаємодія різних спеціалістів та інтеграція послуг на різних рівнях медичної допомоги⁷. Відсутність реабілітаційної допомоги пов'язана зі зростанням інвалідизації, зниження якості життя онкопацієнтів, а отже і збільшення витрат системи охорони здоров'я у довгостроковій перспективі.

В Україні розвиток онкологічної реабілітації й досі відбувається в умовах суттєвих викликів. До пандемії COVID-19 цей напрям не мав достатньої системної підтримки, а після початку повномасштабної війни у 2022 році увага та ресурси закономірно були переорієнтовані на інші першочергові потреби. **На сьогодні першочерговим є отримання системних і контекстуально релевантних даних про стан онкологічної реабілітації в Україні та їх зіставлення з міжнародним досвідом.** Це дозволить чітко окреслити ключові прогалини у наданні допомоги (кадрові, інфраструктурні й організаційні) та визначити, який мінімальний обсяг реабілітаційних послуг має бути гарантовано доступним. Також це створить підґрунтя для узгодження послуг із клінічними потребами пацієнтів, впровадження стандартизованого інструменту скринінгу реабілітаційних потреб і функціональних порушень, системного виявлення бар'єрів та чинників, що впливають на доступ і якість допомоги, а також для оцінювання доцільності й ефективності реабілітаційних програм.

2. Методи та організація

Дизайн дослідження

Використано змішаний дизайн (mixed-methods), що поєднує кількісні та якісні методи дослідження. **Кількісний компонент** передбачав крос-секційні опитування фахівців та пацієнтів із застосуванням стандартизованих анкет, а також **аналіз вторинних даних** із відкритих реєстрів, зокрема НСЗУ.

Для формування запиту в НСЗУ попередньо проводили консультації з експертами та формували перелік індикаторів. Дані з електронного реєстру НСЗУ були агреговані на рівні пацієнта та ЗОЗ. Період запитуваних даних – листопад 2023 – листопад 2025 рр.

Опитування фахівців та пацієнтів проводили з використанням платформи Qualtrics, що забезпечувало контроль логіки запитань, відсутність дублювання відповідей, анонімність та чистоту набору даних. Анкетування проведено у вересні 2025 року.

Якісний компонент передбачав проведення фокус-групових інтерв'ю з фахівцями та індивідуальних інтерв'ю з пацієнтами (n=6). Було проведено два фокус-групових інтерв'ю — група 1 (n=4) охоплювала фахівців з реабілітації, група 2 (n=5) охоплювала лікарів, медичних сестер. Інтерв'ю відбувалися у форматі онлайн-зустрічей з використанням платформи Zoom. Кожна зустріч модерувалася дослідником, відбувалася за попередньо сформованим протоколом запитань.

Згідно з рекомендаціями CIOMS та BOOЗ щодо активного залучення спільнот⁸ для забезпечення обґрунтованості та культурної релевантності дослідження було залучено

⁵ Alfano, C. M., Pergolotti, M., & Mariotto, A. (2019). Next-generation cancer rehabilitation: A giant step forward for patient care. American Society of Clinical Oncology Educational Book, 39, 795–806. https://doi.org/10.1200/EDBK_237423

⁶ Silver, J. K., Baima, J., & Mayer, R. S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality care and survivorship. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 63(5), 295–317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>

⁷ Shipton, E. A., Frawley, H. C., O'Halloran, P. D., & McDonald, A. (2022). Rehabilitation for people with cancer: A global scoping review. Supportive Care in Cancer, 30, 1805–1823. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06565-y>

⁸ Рада міжнародних організацій медичних наук (CIOMS); Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Міжнародні етичні рекомендації щодо досліджень, пов'язаних із здоров'ям, за участю людей. Український переклад. Женева: CIOMS; 2018.

представників пацієнтських організацій (ГО «Афіна. Жінки проти раку», БФ «Пацієнти України»), онкопацієнтів, представників громадських організацій, що працюють у сфері захисту прав пацієнтів (БФ «Запорука», БФ «Пацієнти України»), фахівців з реабілітації та представників професійних спільнот (ГО «ВОФТ»). Роль такої консультативної групи полягала у формуванні рекомендацій щодо дизайну анкет, формулювань чутливих запитань, інтерпретації даних, а також оцінювання ризиків та прийнятності процедур дослідження.

На етапі інтерпретування кількісних та якісних результатів і подальшого їх критичного аналізу і рекомендацій **залучали міжнародних експертів**.

Така експертиза здійснювалася на двох рівнях:

1. **Експертне рецензування отриманих результатів** — міжнародні експерти-фахівці з реабілітації аналізували логіку інтерпретацій, адекватність зібраних даних і відповідність висновків міжнародним стандартам онкорекреації.
2. **Уточнення рекомендацій** — міжнародні експерти-фахівці з реабілітації оцінювали релевантність запропонованих рішень для системи реабілітації, проводили їх ранжування за важливістю та практичністю впровадження.

Учасники дослідження

Фахівці

Фахівців до дослідження залучали методом «снігової кулі» через інформаційні листи та інформаційні розсилки ГО «ВОФТ», БФ «Запорука», ГО «Афіна», БФ «Пацієнти України», наявні бази контактів ЗОЗ, які працюють з онкологічними пацієнтами, також у кожен ЗОЗ, що надає онкологічну допомогу, додатково надсилали запрошення взяти участь в опитуванні.

До участі в анкетуванні запрошували фахівців, які відповідають таким критеріям:

- 1) практикуючий фахівець з реабілітації (фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови та мовлення, лікар фізичної та реабілітаційної медицини, медична сестра з реабілітації), або лікар-клініцист, або клінічний адміністратор у ЗОЗ, які надають допомогу пацієнтам зі злоякісними новоутвореннями;
- 2) досвід роботи не менше 3 років з пацієнтами онкологічного профілю або досвід роботи у відповідному закладі;
- 3) працює та проживає в Україні;
- 4) наявність доступу до інтернету;
- 5) надали добровільну поінформовану згоду.

До участі у фокус-групі запрошували фахівців, які відповідають таким критеріям:

- 1) мають досвід роботи з пацієнтами з ЗН не менше 5 років;
- 2) наявність профільної освіти (не нижче бакалавра, для медсестер – молодший бакалавр);
- 3) наявність доступу до інтернету та можливість брати участь в онлайн-інтерв'ю;
- 4) надали добровільну поінформовану згоду.

Пацієнти

Пацієнтів запрошували до участі у дослідженні через інформаційні канали партнерських організацій («Афіна», «Пацієнти України», «Запорука»), соціальні мережі, вебсайти організацій-партнерів.

Критерії включення пацієнтів:

- 1) вік від 18 до 60 років;
- 2) вперше онкологічне захворювання встановлено не раніше 2020 року;
- 3) первинне лікування проведене у закладах на території України, розташованих у різних медичних регіонах країни;
- 4) можуть самостійно заповнити анкету;
- 5) надали добровільну поінформовану згоду

Пацієнта не включали у дослідження, якщо (1) пацієнт не знав про свій діагноз; (2) важкий стан пацієнта (наприклад, дуже пізня або термінальна стадія захворювання, гострий критичний

стан, виражений психічний дистрес); (3) наявність важких когнітивних порушень або діагноз тяжкого психічного розладу; (4) відсутність згоди на участь в дослідженні.

До участі у інтерв'ю запрошували пацієнтів (1) віком від 18 років; (2) підтверджений діагноз злоякісного новоутворення, про який пацієнт обізнаний; (3) стан здоров'я достатній для участі у інтерв'ю; (4) наявність добровільної інформованої згоди. Критеріями виключення були (1) важкий соматичний чи психоемоційний стан здоров'я; (2) відсутність згоди на участь у дослідженні.

Інструменти

Анкета для фахівців охоплювала соціально-демографічні показники, самооцінку самопочуття, характеристики надання реабілітації, перелік втручань, практики мультидисциплінарної командної реабілітації, наявні бар'єри та сприятливі чинники. Питання анкети враховувала міжнародні переліки компетентностей, класифікатор НК 026:2021⁹.

Анкета для пацієнтів містила питання стосовно досвіду лікування, доступ до реабілітації, задоволеності реабілітаційними послугами, наявні бар'єри та потреби.

Інтерв'ю, в тому числі фокус-групові, проводили з використанням попередньо розроблених протоколів із визначенням переліком запитань, які стосувалися досвіду реабілітаційних послуг, бар'єрів, потреб, сприйняття якості допомоги, досвіду взаємодії з системою охорони здоров'я тощо.

Щоб аналізувати дані НСЗУ проводили консультування з експертами, формували перелік індикаторів та формували запити в НСЗУ.

Аналіз даних

Дані НСЗУ

Аналіз даних, отриманих у відповідь на запит до НСЗУ, проводився з метою оцінювання структури реабілітаційних епізодів, виконаних реабілітаційних втручань та використаних ПМГ, наявності ускладнень у пацієнтів із ЗН. Запит охоплював розширений перелік змінних (27 позицій для кожного пацієнта, додаткові показники на рівні закладу) з деталізацією діагнозів, втручань, тривалості епізодів, пакетів ПМГ та ускладнень.

Дані розглядалися на рівнях: *пацієнт* → *епізод* → *втручання* → *заклад* → *ПМГ*. Отримані датасети аналізували на наявність помилок зумовлених неповнотою введення даних у ЕСОЗ, розбіжностями у використанні кодів АСНІ; неконсистентністю дат і полів, відмінностями у трактуванні «реабілітаційного епізоду» між ЗОЗ.

Враховуючи рівень деталізації внесення даних, відсутність норм та уніфікації документування реабілітаційних послуг у часі та обсязі, аналіз даних НСЗУ використовувався для **ідентифікації загальних трендів і особливостей зафіксованих у ЕСОЗ реабілітаційних послуг пацієнтам із ЗН**, але НЕ для оцінювання інтенсивності чи якості реабілітаційних послуг.

Опитування

Дані опитувань пацієнтів аналізували із застосуванням:

- описової статистики (частоти, %);
- формування індикаторів доступності (відсоток тих, хто отримав скерування, хто мав доступ до реабілітації у перший епізод лікування тощо);
- порівняння практик і бар'єрів пацієнтів й фахівців.

Інтерв'ю

Аналіз та організація отриманих результатів відбувалася за **соціально-екологічною моделлю, СЕМ (Social-Ecological Model, SEM)¹⁰** та **рамки доступу до послуг охорони здоров'я**

⁹ Міністерство охорони здоров'я України. (2021). Національний класифікатор НК 026:2021: Класифікатор медичних інтервенцій. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/nk-026_2021_.pdf

¹⁰ Lee, B. C., Bendixsen, C. G., Liebman, A. K., & Gallagher, S. (2017). Using the socio-ecological model to frame agricultural safety and health interventions. *Journal of Agromedicine*, 22(4), 326–336. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2017.1356780>

(РДОЗ)¹¹ з метою ідентифікації бар'єрів та фасилітаторів на різних рівнях впливу — від індивідуальних чинників до політик.

Модель СЕМ використано для аналізу рівнів впливу різноманітних чинників, які взаємодіючи, формували поведінку, пов'язану з онкорекреабілітацією (рис. 1): *індивідуальний, міжособистісний рівні, рівень організації, громади і систем/політик*. Доступ пацієнта до послуг з онкорекреабілітації на кожному з цих рівнів може мати як бар'єри, так і фасилітатори (сприяючі чинники), що розглядалися з точки зору попиту й пропозиції на маршруті пацієнта в системі охорони здоров'я. РДОЗ, як пацієнтоорієнтована модель, концептуалізує доступ до допомоги в сфері ОЗ шляхом вивчення взаємодії між п'ятьма чинниками пропозиції системи охорони здоров'я (*доступність, прийнятність, наявність і пристосованість, фінансова доступність, відповідність*) та п'ятьма відповідними можливостями/ попитом окремих осіб/груп населення (*здатність сприймати, можливості звернутися, дістатися, оплатувати, бути залученим*).

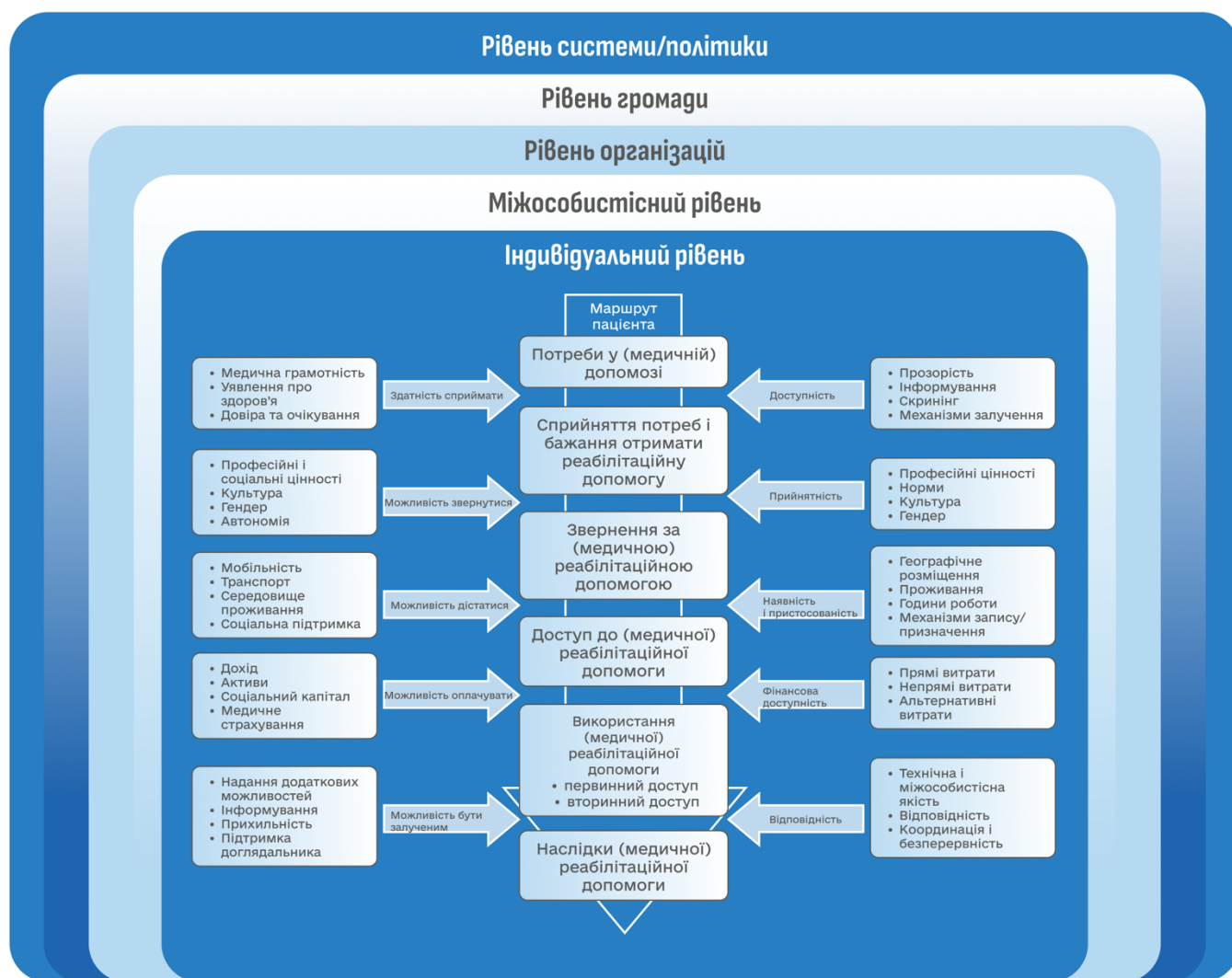


Рис. 1. Модель аналізу бар'єрів та фасилітаторів доступу до реабілітаційної допомоги.

Аналітичний підхід через подвійну призму **СЕМ та РДОЗ** моделей дозволив проаналізувати досвід реабілітації як **узгоджену історію** — як людина розуміє і приймає ідею відновлення, як команди комунікують і організації налаштовують процеси, як спільнота і політика або звужують, або розширюють доступ до послуги. Така структура передбачає прозоре фокусування на тому,

¹¹ Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

що саме і на якому рівні потребні зміни, аби потреби перетворювалися на стійку участь у реабілітації.

Етика

Дослідження відповідає ключовим принципам Гельсінської декларації, міжнародним стандартам та етичному законодавству України. **Етичне схвалення отримано** від Комісії з питань етики Фонду досліджень наук про здоров'я (**№ KE-008-2025 від 08.09.2025**).

Перед початком участі всі респонденти ознайомлювалися з метою, завданнями, процедурами, можливими ризиками та умовами конфіденційності. Процедура інформованої згоди була диференційована за видами збору даних.

У анкетуванні (платформа Qualtrics) згода надавалася шляхом активного підтвердження перед переходом до анкети. У фокус-групах та індивідуальних інтерв'ю інформована згода із дозволом на відеозапис надавалися усно після зачитування протоколу дослідження. Дані, що запитувалися у НСЗУ, отримувалися у вигляді агрегованих таблиць без персональної ідентифікації пацієнтів, що повністю відповідає нормам оброблення публічної інформації. На жодному етапі дослідження не збиралися ПІБ, контактні дані чи інші персональні ідентифікатори. Усі матеріали зберігаються в захищеному цифровому середовищі з обмеженим доступом для команди дослідників. Учасники могли відмовити в участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Усі члени дослідницької команди, залучені експерти та партнери надали декларації про відсутність реального чи потенційного конфлікту інтересів.

3. Результати дослідження

3.1. Забезпечення реабілітації пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями

Масштаб онкологічної потреби: 512077 унікальних пацієнтів з найбільшою концентрацією у Дніпропетровській області, Києві та Львівській області. За період 2023–2025 років в базі НСЗУ наявні 512077 унікальних пацієнтів, які потребували спеціалізованої допомоги у зв'язку із злоякісними новоутвореннями (рис. 2). У загальній структурі існує переважання жінок (55%) над чоловіками (45%), водночас показники середнього віку є майже однаковими та відповідають 64,8 року для жіночої популяції та 65,6 року для чоловічої. Найбільша кількість випадків зафіксована у Дніпропетровській області (9,52%), м. Київ (8,15%) та Львівській області (6,22%).

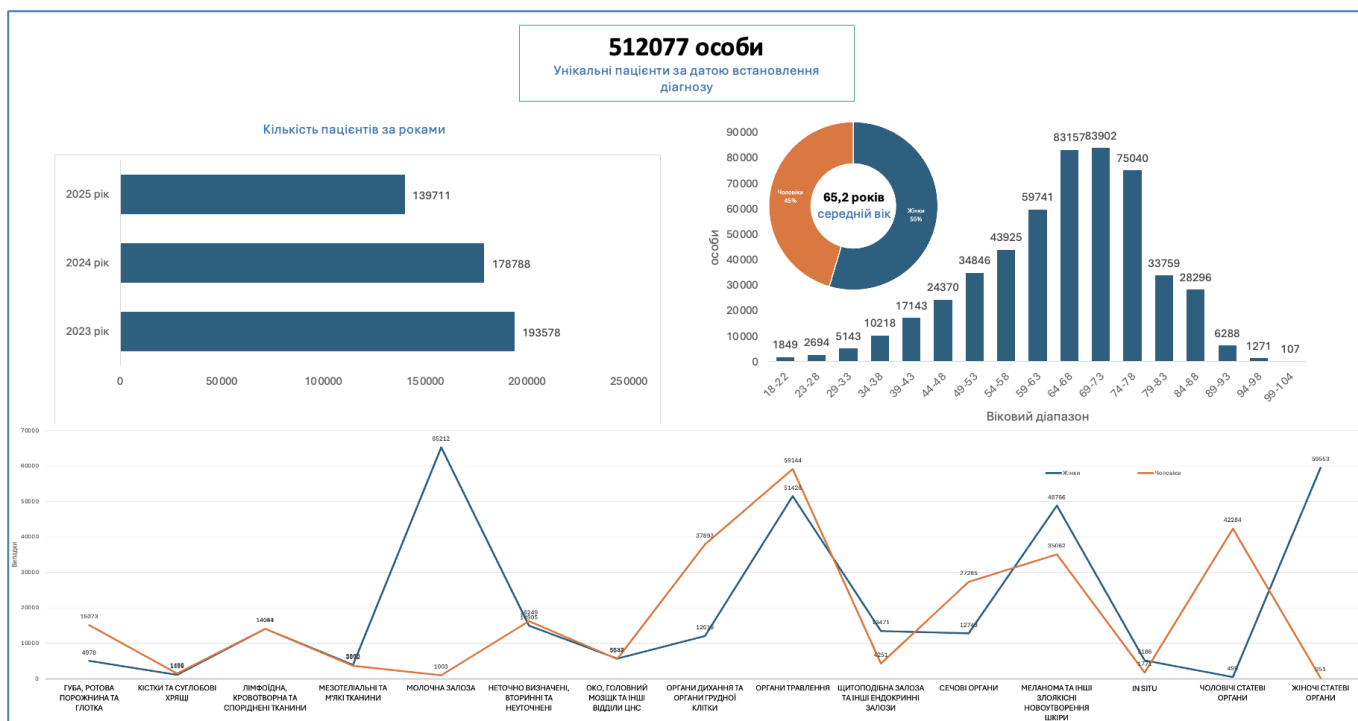


Рис. 2. Профіль пацієнтів з діагнозом злоякісне новоутворення за даними НСЗУ (2023- листопад 2025 р.)

Основними локалізаціями злоякісних новоутворень у жінок є молочна залоза (20,8% від загальної кількості), жіночі статеві органи (19%), органи травлення (16,4%), шкіра (15,6%); у чоловіків це органи травлення (22,3%), чоловічі статеві органи (16%), органи дихання та органи грудної клітки (14,3%), шкіра (13,2%). У 10% жінок та 13,1% чоловіків зустрічається поєднання 2 і більше локалізацій злоякісних новоутворень.

Реабілітація не вбудована в універсальний маршрут пацієнтів із злоякісними новоутвореннями. Забезпечення реабілітацією пацієнтів з злоякісними новоутвореннями значно змінюється залежно від етапу лікування (рис. 3). У **71,4% випадків не зафіксовано жодного реабілітаційного втручання** і лише у **0,04% випадків реабілітація була зафіксована впродовж усього реабілітаційного континууму** — під час лікувальних епізодів (гостра реабілітація) та з отриманням реабілітаційної допомоги як за пакетом медичних гарантій (ПМГ) 53 (реабілітація у стаціонарі) та 54 (амбулаторна реабілітація). Слід зазначити, що реабілітаційні втручання у лікувальних епізодах були частіше (у 27,9% випадків) ніж надання послуг післягострої реабілітації у стаціонарі за ПМГ 53 (0,36% випадків) та амбулаторної реабілітації за ПМГ 54 (0,82% випадків).

Менше 2,5% пацієнтів мали хоча б один окремо зафіксований реабілітаційний епізод за пакетами 53 або 54 ПМГ. Тривалість реабілітації для них в середньому складала 34 дні.

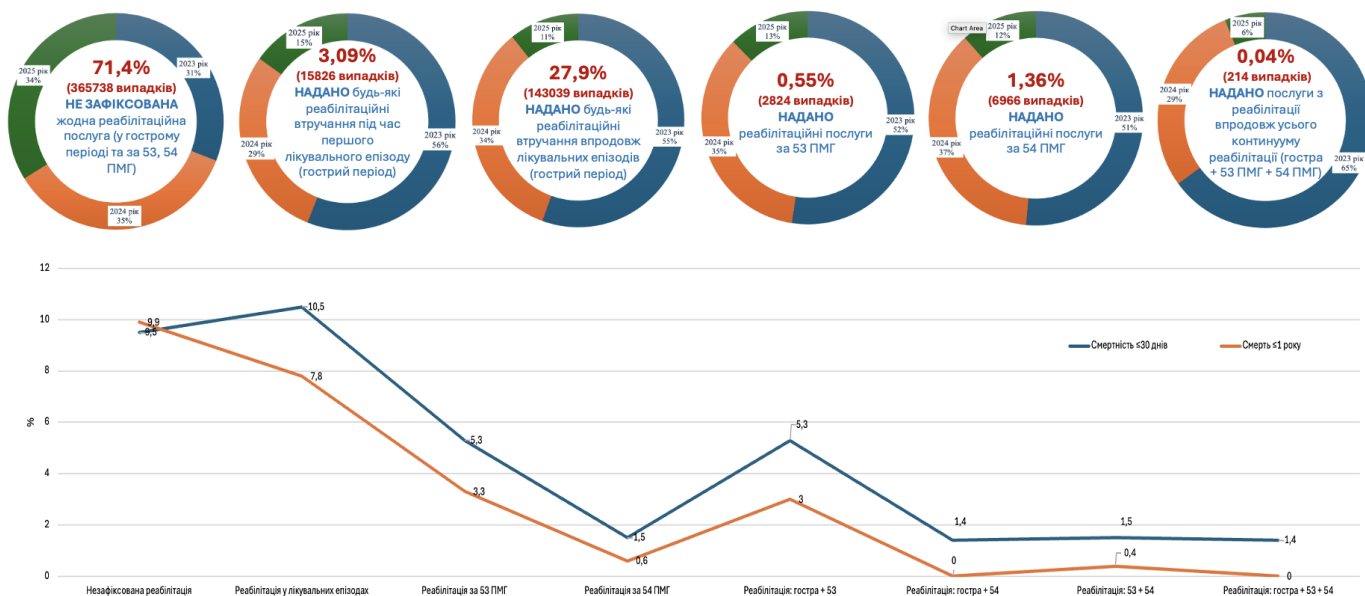


Рис. 3. Забезпечення реабілітацією пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями за даними НСЗУ (2023 – листопад 2025 р.)

Нерівномірність доступу за локалізаціями злоякісних новоутворень. Найвища частка пацієнтів без жодних реабілітаційних послуг спостерігається у разі меланоми та інших злоякісних новоутворень шкіри (73,76%) і новоутворень органів травлення (71,88%), тоді як найнижча — у разі новоутворень ока та центральної нервової системи (56,10%) (рис. 4). Реабілітаційні послуги найчастіше надавалися на гострому етапі, особливо у разі новоутворень ока та центральної нервової системи (42,49%), кісток і суглобових хрящів (35,97%) та неточно визначених і вторинних локалізацій (33,96%). Частка спеціалізованої реабілітації залишалася низькою, зокрема, стаціонарна реабілітація (53 ПМГ) найчастіше відзначалася у разі новоутворень ока та ЦНС (3,00%), а найрідше — у разі новоутворень органів травлення (0,33%), тоді як амбулаторна реабілітація (54 ПМГ) найчастіше надавалася пацієнтам із раком молочної залози (2,61%) та новоутвореннями кісток (2,54%), і найменше — у разі новоутворень органів дихання та грудної клітки (0,64%). Повний континуум реабілітації (гострий етап у поєднанні з 53 і 54 ПМГ) зустрічався вкрай рідко і найбільше був представлений у новоутвореннях ока та ЦНС (0,30%), тоді як для більшості локалізацій становив лише близько 0,02–0,04% випадків.

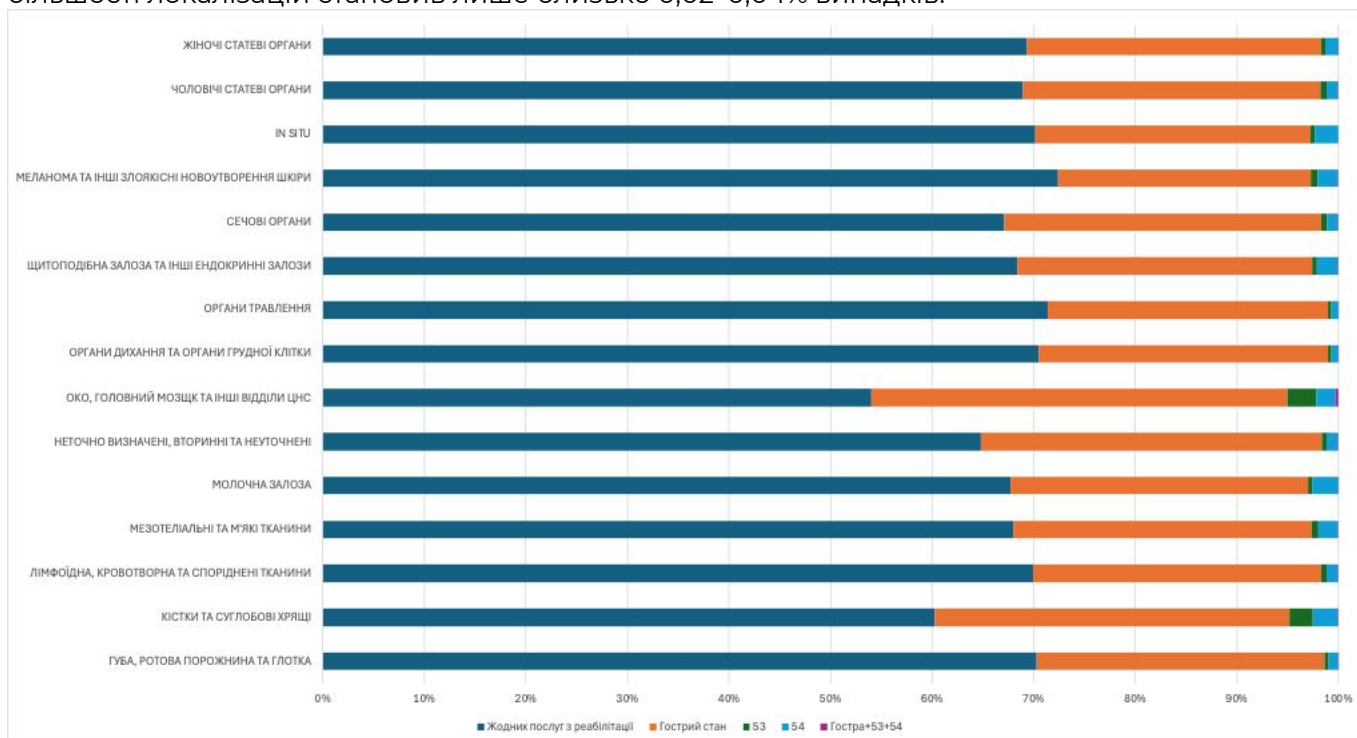


Рис. 4. Наявність послуг з реабілітації на різних етапах лікування (за даними НСЗУ) залежно від локалізації злоякісного новоутворення

Фокус втручань — фізична й ерготерапія та догляд; психоосвіта і підтримуюча психотерапія становлять менше 1% від усіх втручань. Найбільш поширеними реабілітаційними втручаннями у рамках лікувальних епізодів є групи реабілітаційних втручань з ерготерапії, фізичної терапії та догляду і супроводу (додаток 3); під час реабілітаційних епізодів – консультації, фізичної терапії, ерготерапії. Психоосвіта та підтримуюча психотерапія становили лише 0,77% та 0,66% від загальної кількості наданих втручань реабілітації. Група реабілітаційних втручань терапії мови й мовлення та обстеження також склали менше 1% від усіх зафіксованих реабілітаційних втручань.

Таким чином, дані НСЗУ вказують на критичний розрив між клінічною потребою та фактичним наданням послуг з реабілітації. Частка пацієнтів, які отримували реабілітацію на усіх етапах лікування, а також мали два або більше епізодів реабілітації, є критично низькою. Низьким є рівень психоосвіти та підтримуючої психотерапії для пацієнтів з злоякісними новоутвореннями.

Підсумовуючи, слід відзначити **дисбаланс між тягарем онкологічних захворювань і ресурсами реабілітації.** За 2023–2025 рр. верифіковано 512077 випадків ЗН, з високою концентрацією у великих регіонах і менше ніж 2,5% з них мали зафіксований реабілітаційний епізод. Водночас значна частка пацієнтів не отримує реабілітацію, а доступ варіює між регіонами (описано у розділі ключових знахідок). Це свідчить про структурний дисбаланс між епідеміологічним навантаженням і реабілітаційною спроможністю.

Також існує обмеженість даних ЕСОЗ як системний бар'єр управління та невидимість функціональних потреб у системі кодування. Масив НСЗУ не дозволяє реконструювати повноцінний маршрут пацієнта через неповноту введення даних, варіативність трактування реабілітаційного епізоду та розбіжності в кодуванні АСНІ. Аналіз використовувався лише для виявлення трендів, а не оцінювання інтенсивності чи якості послуг. Це означає, що система фактично не має надійного інструменту моніторингу результативності реабілітації, що унеможливорює доказово інформоване планування. Дані не дозволяють оцінити функціональний статус чи зміни в ньому. Таким чином, функціональні порушення як ключовий предмет реабілітації не є системно відображеними у державній звітності. Це створює розрив між клінічною діяльністю та управлінськими рішеннями. Окрім того, відсутність системного клінічного аудиту, стандартизованих індикаторів результату та механізмів безперервного покращення якості (quality improvement) обмежує можливість оцінювання ефективності онкореабілітації, порівняння між закладами та масштабування ефективних моделей допомоги.

3.2. Досвід надання та отримання послуг з реабілітації в системі охорони здоров'я України

Дослідження залучило N=167 фахівців (рис. 5), які надають медичні послуги у сфері охорони здоров'я пацієнтам з діагнозом злоякісного новоутворення та N=563 пацієнти (рис. 6).

Охоплення	167 осіб
Топ 3 регіонального представництва	
Київська обл.	18,2%
Дніпропетровська обл.	11%
Львівська обл.	11,3%
Вік	37,1 ± 9,9 років
Стать	
Ж	78%
Ч	22%
Посади (роль з РОЗ)	
• фізичний терапевт	46,5%
• ерготерапевт	15,2%
• лікар фізичної та реабілітаційної медицини	12,1%
• асистент ФТ/ЕТ	12,1%
• психолог/клінічний психолог/психотерапевт	6,1%
• медична сестра з реабілітації	2%
• дієтолог/нутриціолог	1%
• клінічний адміністратор	1%
• логопед/терапевт мови та мовлення	1%
• лікар-онколог	1%
• медична сестра	1%
• соціальний працівник	1%

Рис. 5. Соціодемографічні характеристики опитаних фахівців

Домінування реабілітаційних фахівців з невеликим досвідом в онкореабілітації. Більше 40% опитаних фахівців, які представляли три регіони країни, що вирізняються розвиненою реабілітаційною мережею, зокрема Київську, Дніпропетровську та Львівську області. З-поміж усіх опитаних 95% осіб було фахівцями з реабілітації, переважно фізичними терапевтами (46,4%) та ерготерапевтами (15,2%). Серед учасників 65,4% належали до вікової групи 18-40 років, 58,5% мають загальний досвід роботи до 10 років. У сфері онкореабілітації 72% опитаних фахівців мали досвід роботи 2 і менше роки і лише 25% зі стажем в онкореабілітації до 10 років. Лише 30% опитаних фахівців з реабілітації зазначили, що брали участь у програмах підвищення кваліфікації з онкореабілітації за останні 3 роки.

Недостатня спеціалізована підготовка та потреба в системних програмах навчання з онкореабілітації. Найвищий рівень формальної підготовки фахівці мають у сферах, що стосуються базового клінічного оцінювання та документування. До ключових напрямків, де найбільша кількість респондентів підтвердила наявність відповідної підготовки, належать:

- вимірювання амплітуди рухів / м'язове тестування;
- тренування ходьби;
- документування результатів обстеження та втручань;
- визначення цілей реабілітації та складання індивідуального плану;
- оцінювання активності повсякденного життя (ADL/IADL);
- тренування навичок переміщення та рівноваги.

Більшість фахівців вказали, що не проходили відповідного навчання щодо таких важливих тем:

- адаптація робочого й побутового середовища;
- менеджмент периферичної нейропатії;
- планування кінця життя;

- парентеральне харчування.

Вибірка пацієнтів характеризується суттєвими змінами зайнятості через хворобу, різними етапами лікування та високою часткою супутніх захворювань. Майже половина залучених до опитування пацієнтів представляла Київську, Львівську та Дніпропетровську області. Абсолютну більшість респондентів становили жінки (95,7%), а найпоширенішими діагнозами у вибірці були — злоякісне новоутворення молочної залози та жіночих статевих органів. Середній вік учасників становив 51 ± 9 років, 11% респондентів були молодшими 39 років, 81,4% належала до вікової групи 40–64 роки. Більше половини респондентів зазначили, що проживають з партнером (67,5%) та у 34,4% — мають дітей до 18 років. Майже половина респондентів продовжували працювати, 51,2% — повідомили про зміну зайнятості саме через хворобу. Опитані пацієнти знаходилися на різних етапах лікування. За часом, що минув з моменту встановлення діагнозу, респонденти розподілені майже порівну між групами «1–3 роки» (38,3%) та «Понад 3 роки» (37,9%). На момент опитування 50,4% пацієнтів продовжували проходити основне лікування, тоді як 42,5% його вже завершили. Серед респондентів 63,7% пацієнтів повідомили про наявність супутніх захворювань.

Охоплення	536 пацієнтів
Топ 3 регіонального представництва	
Київська обл.	31%
Львівська обл.	6,9%
Дніпропетровська обл.	5,5%
Вік	50,7 ± 9,1 років
Стать	
Ж	95,7%
Ч	4,1%
Зайнятість	
• Працює	48%
• Зміни у статусі зайнятості через онкозахворювання	51,2%
Локалізація пухлини	
• молочна залоза	59,3%
• яєчник	10,7%
• шийка матки	4,9%
• пряма кишка	4,2%
• тіло матки	2,9%
Час від встановлення діагнозу	
1-3 роки	38,3%
Понад 3 роки	37,9%
4-11 місяців	17,8%
0-3 місяці	5,5%

Рис. 6. Соціодемографічні характеристики опитаних пацієнтів із діагнозом злоякісного новоутворення

Організація реабілітаційної допомоги

Основна модель надання реабілітації характеризується орієнтацією на дорослих пацієнтів і реалізується переважно мультидисциплінарними командами у закладах спроможної мережі. Переважна більшість фахівців (69,7%) зазначили, що вони надають послуги у складі мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК) та представляють заклади спроможної мережі (рис. 7). У ЗОЗ, які представляють респонденти, майже третину працевлаштованих фахівців з реабілітації становлять ЛФРМ (27%) і близько по 10% інших професій (ФТ, ЕТ, асистентів, психологів/психотерапевтів, сестер медичних з реабілітації). У 6% закладів,

представлених респондентами, реабілітація не надавалася, а у 26% випадків вона була немультидисциплінарною або надавалася нефхівцями з реабілітації.



Рис. 7. Особливості організації надання послуг у ЗОЗ, що представляли опитані фахівці

Концентрація надання реабілітаційної допомоги переважно на післягострому амбулаторному етапі, тоді як реабілітація на ранніх етапах лікування (зокрема у ВРІТ) та поза межами закладів охорони здоров'я (в громаді та дистанційно) залишається суттєво менш розвиненою, що вказує на неповну реалізацію безперервного реабілітаційного континууму. Найбільш поширеною є амбулаторна реабілітація, яку надають 77% ЗОЗ, де працюють респонденти (рис. 8). Заклади використовують різноманітні формати організації реабілітаційної допомоги у ЗОЗ, як-то роботу у різних терапевтичних відділеннях, реабілітаційному відділенні, кабінеті реабілітації. Найменш охопленими у ЗОЗ є надання реабілітаційних послуг у ВРІТ (лише 34%); також обмеженою є спроможність організовувати реабілітацію у домашніх умовах та телереабілітацію. Це вказує на невикористаний потенціал для підвищення доступності та безперервності допомоги, особливо для пацієнтів з обмеженою мобільністю або тих, хто проживає у віддалених регіонах.

Формат та етап надання реабілітації у закладах, представлених респондентами:	
- Амбулаторна (денний центр / кабінет реабілітації)	77%
- Стационарна реабілітація у післягострому періоді у відділенні реабілітації	51%
- Гостра реабілітація у стаціонарі і у відповідному відділенні	39%
- Гостра реабілітація і відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ)	34%
- Стационарна реабілітація у гострому періоді у відділенні реабілітації	31%
- Телемедицина / дистанційна реабілітація	20%
- Реабілітація вдома	10%
- Інше (напр. раннє втручання у формі домашніх візитів та супроводу)	4%

Рис. 8. Організація реабілітаційної допомоги особам з діагнозом злоякісного новоутворення

Маршрути направлення пацієнтів на реабілітацію залишаються неуніфікованими та значною мірою залежать від окремих фахівців та локальних практик, що свідчить про неповну інтеграцію реабілітації в стандартний процес онкологічного лікування. Механізми направлення пацієнтів є неоднорідними та не завжди уніфікованими (табл. 1). Зокрема, для ініціації стаціонарної реабілітації у більшості потрібне направлення. Лише 9% фахівців зазначили,

що у стаціонарі пацієнти автоматично спостерігаються фахівцем з реабілітації. Для отримання амбулаторної реабілітації в переважній більшості випадків (80%) вимагається індивідуальне електронне направлення; у решті випадків — або застосовується внутрішня процедура направлення, або ініціація реабілітації починається без направлення за самостійним зверненням пацієнта.

Таблиця 1

Шляхи направлення пацієнтів для отримання послуг з реабілітації (n=68)

Направлення пацієнтів на реабілітацію	Офіційне е-направлення (НСЗУ)	Внутрішній запис у медичній документації	Усне / неформальне направлення	Не здійснює направлення / не бере участі
Лікар анестезіолог / реаніматолог	35 (51,5%)	23	13	6
Лікар (онколог, хірург тощо)	30	18	10	0
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	45	18	5	0
Будь-який медичний працівник	19	11	9	4
Інші	4	1	1	2
Пацієнт може звернутися самостійно, без направлення	-	-	-	9

Найчастіше офіційні направлення формують лікарі ФРМ (88%), лікарі інших спеціальностей (70%) та анестезіологи (61%). Однак поряд з офіційною процедурою широко розповсюджені неформальні практики, такі як усні направлення та самостійні звернення. Існування паралельних, неузгоджених механізмів свідчить про слабку інтеграцію реабілітаційної служби в загальний процес лікування та може створювати додаткові бар'єри для пацієнтів. Також оскільки провідним джерелом реабілітаційних направлень є ЛФРМ то ЗОЗ, де відсутні такі фахівці або немає інших механізмів ініціації реабілітації матимуть структурну проблему обмеженої інтеграції відповідних послуг для пацієнтів. Також в одному ЗОЗ різні фахівці, за участю різних механізмів можуть ініціювати реабілітацію. Окремим ризиком є залежність маршруту від лікарів ФРМ: заклади, де таких фахівців немає або відсутні інші механізми ініціації реабілітації, можуть мати структурно обмежену інтеграцію відповідних послуг для пацієнтів. Лише у 13,2% випадків не передбачено самостійного звернення пацієнта без направлення. Це може свідчити не стільки про «доступність», скільки про прогалини у протоколах, визначених реабілітаційних маршрутах, навігації та координації пацієнтів.

За відповідями фахівців, п'ятьма найпоширенішими локалізаціями злоякісних новоутворень з якими пацієнти направляються на отримання послуг з реабілітації є:

- рак молочної залози (81,0%);
- рак головного мозку (45,2%);
- рак шийки матки (38,1%);
- рак кісток (33,3%);
- рак тіла матки, рак шлунку, рак яєчників: 31,0% (кожна локалізація).

Це може вказувати на концентрацію направлень за окремими нозологіями, тоді як реабілітаційні потреби виникають у ширшого кола онкологічних пацієнтів.

Пізній старт реабілітації та недостатня інтеграція преабілітації, реабілітації на ранніх етапах лікування і паліативної допомоги. Переважна більшість пацієнтів (81,0%) направляються до реабілітаційних служб після завершення специфічного лікування. Цей показник різко контрастує з низькою частотою направлення на етапі преабілітації (прим. авторів: термін відсутній у чинному нормативно-правовому полі України) — лише 21,4% та під час активного лікування (33,3% під час хіміотерапії та 35,7% під час променевої терапії). Таким чином, реабілітація переважно розглядається як «післялікувальний» етап, тоді як її потенціал для підтримки функції під час лікування та підготовки до нього використовується обмежено. Інтеграція паліативної допомоги залишається дуже слабкою ланкою; лише 18,2% закладів надають повний спектр послуг для пацієнтів з прогресуючим раком, водночас така ж кількість (18,2%) закладів взагалі не надає та не скеровує пацієнтів до відповідних служб.

Формальна інтеграція фінансування через ПМГ за наявності додаткових платних послуг і низької освітньо-адвокаційної активності. Домінуючим механізмом фінансування є оплата послуг у межах пакетів медичних гарантій (ПМГ) від НСЗУ, про що зазначили 88% респондентів. Це фактично свідчить про формальну інтеграцію онкорекреації в систему

державного фінансування. Водночас 31% закладів пропонують пацієнтам додаткові платні послуги. Це може посилювати нерівність доступу залежно від фінансових можливостей пацієнтів.

Освітня та адвокаційна діяльність є фундаментальними для сталого розвитку будь-якої медичної галузі, і онкореабілітація не є винятком. Однак, 57,1% організацій не проводять жодних освітніх чи наукових заходів для підвищення обізнаності про онкологічну реабілітацію; адвокацію у жодному вигляді не проводять 74,5% ЗОЗ. Це знижує видимість реабілітації як складової онкологічної допомоги та ускладнює впровадження узгоджених маршрутів і стандартів.

Низьке охоплення онкологічних пацієнтів реабілітацією незалежно від виду лікування, що вказує на системну недоступність послуг і перекладання значної частини реабілітаційної допомоги на приватний сектор і сім'ї пацієнтів. Аналіз досвіду пацієнтів виявив, що від 72% до 95,7% з них не отримали будь-якої реабілітації, незважаючи на тип основного лікування (табл. 2). З тих, хто отримував реабілітацію найчастіше вказували на домашню (приватну) реабілітацію – 13,6%; у форматі приватної практики отримували реабілітацію у кабінетах реабілітації – 4,9% та реабілітаційних центрах – 3,1%. Охоплення послугами реабілітації в доступних у сфері охорони здоров'я формах тих, хто пройшов реабілітацію було на рівні від 0,7% (телереабілітація) до 7,7% (реабілітація під час стаціонарного лікування). Це вказує на суттєвий розрив між задекларованою наявністю послуги та її фактичною доступністю для пацієнтів. Слід зазначити, що 95,1% респондентів вказали, що їхні родичі / доглядальники не отримували жодної підтримки від фахівців (напр. навчання, психологічна допомога), що підкреслює системну прогалину у підтримці сімей та доглядальників як важливої складової безперервної допомоги.

Таблиця 2

Досвід пацієнтів в отриманні послуг з реабілітації у разі отримання різних типів специфічного лікування

Вид основного лікування	Кількість респондентів, що дали відповідь	Отримання реабілітації	Кількість респондентів, що обрали відповідь	Частка від кількості тих, що давали відповідь на питання
Хірургічне лікування	200	Ні	144	72,0%
		Так	18	9,0%
		Частково	38	19,0%
Хіміотерапія	179	Ні	154	86,0%
		Так	9	5,0%
		Частково	16	8,9%
Променева терапія	142	Ні	118	83,1%
		Так	14	9,9%
		Частково	10	7,0%
Гормональна терапія	111	Ні	97	87,4%
		Так	8	7,2%
		Частково	6	5,4%
Таргетна терапія	80	Ні	75	93,8%
		Так	2	2,5%
		Частково	3	3,8%
Імунотерапія	47	Ні	45	95,7%
		Так	2	4,3%

Потреби у реабілітації осіб з діагнозом злоякісного новоутворення

Розрив між майже універсальною потребою в реабілітації та низьким фактичним покриттям послугами на усіх етапах реабілітації. На думку опитаних фахівців, потреба в реабілітації є майже абсолютною (рис. 9), однак реальне покриття послугами є надзвичайно низьким. Зокрема, реабілітації після стаціонарного лікування, на думку фахівців, потребують 95% пацієнтів, але лише 42% її отримують. Розрив для довготривалої реабілітації є ще більшим: за потреби у 82% від загальної кількості пацієнтів, доступ до неї мають лише 34%. Загалом, за оцінками респондентів, лише 72% пацієнтів, що потребують допомоги в їхньому закладі, реально отримують її.

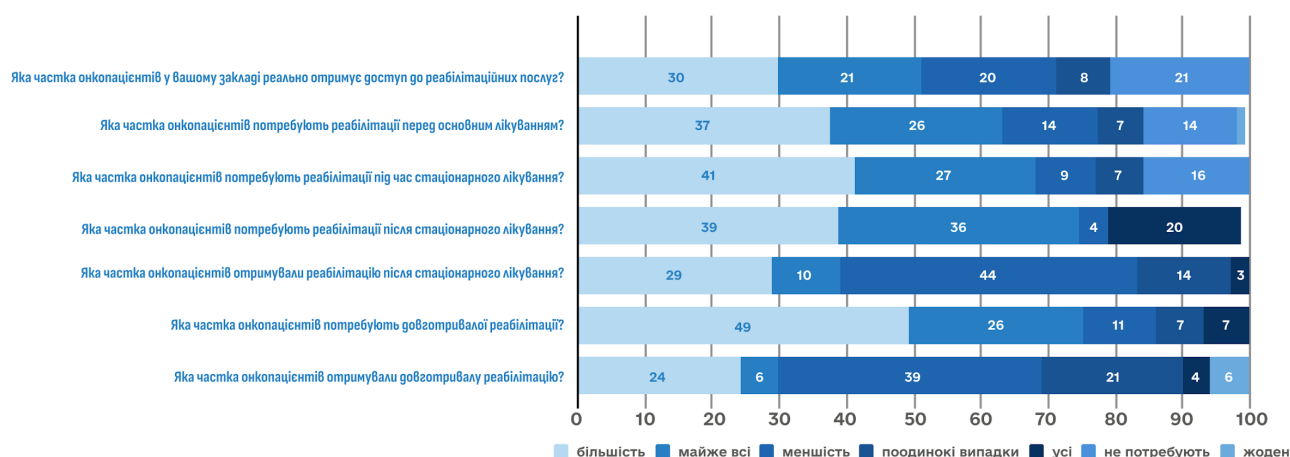


Рис. 9. Очікувана потреба у реабілітації осіб з діагнозом злоякісного новоутворення на різних етапах (на думку фахівців)

Навіть у закладах, де реабілітаційні послуги надаються, їхній спектр залишається обмеженим і не охоплює повного різноманіття потреб пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями, що свідчить про недостатню комплексність онкореабілітації. Опитані фахівці зазначають, що у ЗОЗ, де вони працюють найбільше впроваджені такі послуги реабілітації як консультації ФТ, ФТ, ЕТ, консультації ЕТ, освіта пацієнта, консультації лікаря ФРМ, (85-96,7%) (додаток 1, табл. 5). Також часто або постійно від 66 до 82% зазначених ЗОЗ надаються послуги мобілізації та мануальних технік, психологічної підтримки, підбору ДЗР, консультації психолога, оцінювання комунікативних навичок, координації ведення пацієнта, маршрутизації пацієнтів, менеджменту лімфостазу, ЛФК, оцінювання мовлення, терапії мови та мовлення. Лише у половині випадків у даних закладах фахівці вказують на надання ранньої мобілізації у ВРІТ.

Такі послуги, як планування кінця життя (advance care planning) у складі мультидисциплінарної команди (22,8%), нутриційна підтримка (20,4%), телереабілітація (18,6%), консультація дієтолога / нутріціолога (17,4%), практично не застосовуються.

Аналіз пріоритетних потреб у реабілітаційних втручаннях на думку фахівців з реабілітації показує, що фахівці добре орієнтуються стосовно сучасні, доказові напрями, які відповідають міжнародним практикам. Найвищі середні бали отримали фізична терапія (4,6 бали), менеджмент лімфостазу (4,5 бали) та ерготерапія (4,4 бали), що підтверджує фокус не на пасивних процедурах, а на функціонально спрямованих, активних моделях втручання.

Натомість низка втручань отримала найнижчі оцінки, що свідчить про їхню мінімальну актуальність або застарілу роль в онкореабілітації: апаратна фізіотерапія (2,5 бали), консультації лікаря ЛФК (1,7 бала) та акупунктура (1,6 бала). Сформована ієрархія демонструє професійний консенсус щодо раціонального розподілу ресурсів та визначення найбільш клінічно значущих напрямів.

Паралельно аналіз потреб за свідченнями фахівців дозволяє окреслити найбільш уразливі групи пацієнтів. Найвищу складність у доступі та реалізації реабілітаційної допомоги мають пацієнти з віддалених населених пунктів (у середньому 3,8 бала), а також пацієнти з вираженою втомою та виснаженням (3,5 бала) і пацієнти з низьким рівнем соціальної підтримки (3,5 бала), а також пацієнти з когнітивними порушеннями, вираженими психологічними проблемами та хронічним боєм. Ці дані підкреслюють поєднання географічних, клінічних та соціальних чинників, які посилюють нерівність у доступі та погіршують результати лікування.

Потреби пацієнтів із ЗН у реабілітації є значними, охоплюють широкий спектр фізичних, психологічних та функціональних проблем на всіх етапах лікування, однак наявна система державних реабілітаційних послуг не забезпечує їх належного покриття. Фахівці вказують на незадоволення потреб у реабілітації у впродовж таких періодів як преабілітація (60,0%), хіміотерапія (57,5%), паліативна допомога (55,0%), променева терапія (52,5%), періопераційний етап (52,5%), лікування у відділенні реанімації (45,0%), довготривалий нагляд (35,0%), ранній післягострий період (35,0%) та рецидив / прогресування (32,5%).

З точки зору пацієнтів, їхні потреби у реабілітації є значними та великою мірою вони відображені через стани, які фактично і є показом до реабілітації (рис. 10). Зокрема велику частку пацієнтів турбує хронічна втома і виснаження, зниження витривалості, зниження впевненості у

собі, труднощі з ковтанням, обмеження рухливості суглобів, набряки після операції / променевої, контрактури, задишка, симптоми депресії.

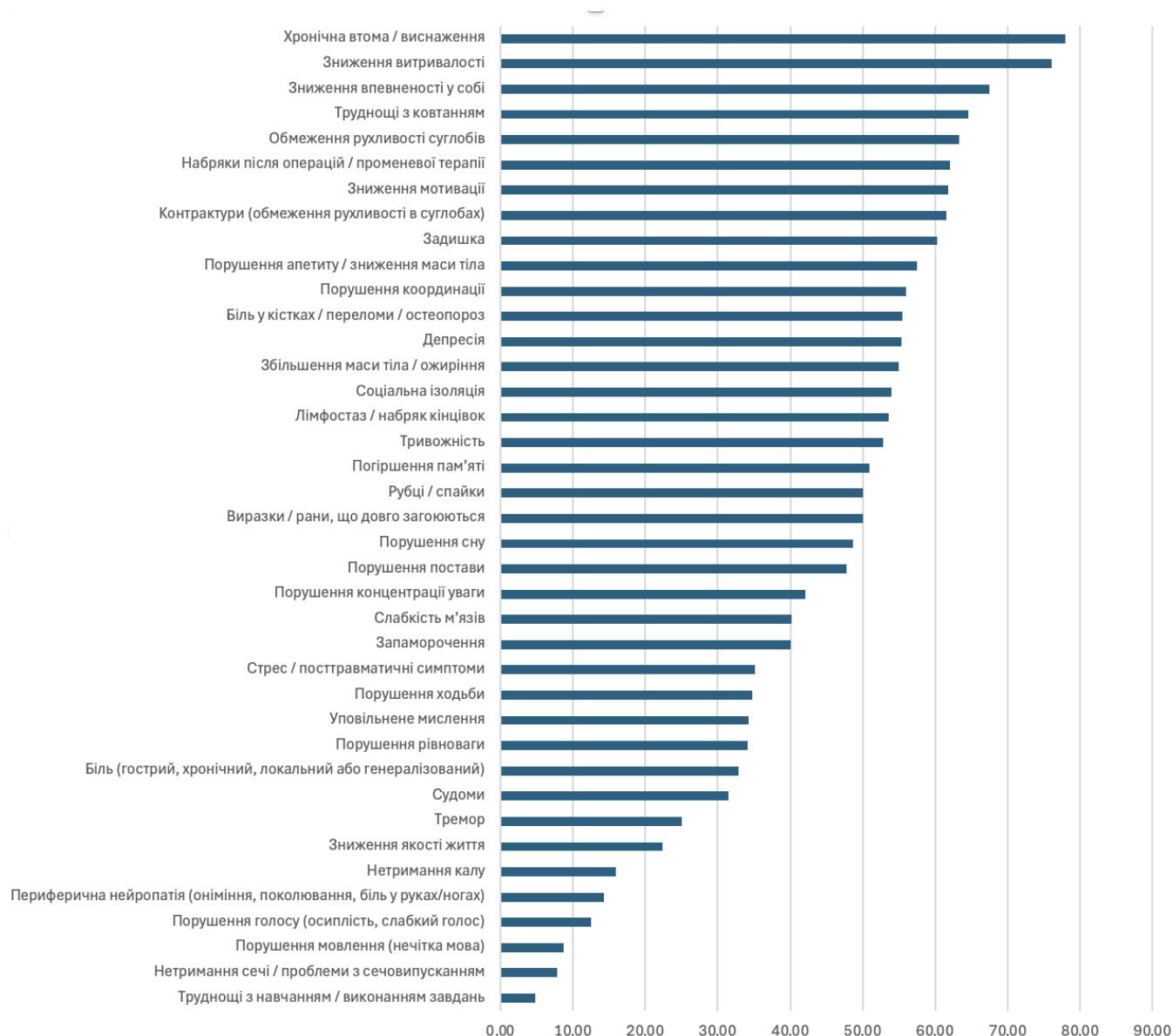


Рис. 10. Фізичні симптоми або функціональні обмеження, які турбують у пацієнта після проведеного лікування.

Щодо втручань і послуг реабілітації, пацієнти декларували потребу в комплексних, клінічно інтегрованих та мультидисциплінарних втручаннях (фізична терапія (75,4%), психологічна підтримка (72,8%), консультації фахівців з реабілітації (75,4%), менеджмент лімфостазу (69,7%)). Найбільш виражену потребу пацієнти відзначили також щодо нутриційної підтримки — 58,3%. Поруч з поширенням скарг на порушення мовлення потреби у терапії мови й мовлення зазначили лише 5,7% респондентів.

Більшість пацієнтів вважає, що реабілітація в Україні не враховує (77,2%) або лише частково (19,9%) враховує потреби онкологічних пацієнтів.

Доступ до онкореабілітації

Воєнні обставини посилюють навантаження на систему ОЗ і збільшують частку випадків переривання або незавершення лікування та реабілітації. Більше 60% фахівців зазначають, що кількість пацієнтів, які отримують медичну та/або реабілітаційну допомогу збільшилась, а понад 30% зазначають, що збільшилась кількість випадків, коли пацієнти переривають або не завершують лікування та/або реабілітацію через воєнні обставини.

Найвагоміші бар'єри розвитку онкореабілітації пов'язані з дефіцитом знань і навчання та з фінансовими обмеженнями, включно з рамками ПМГ і загальним недофінансуванням. Фахівці визначили низку бар'єрів, що мають найбільший вплив на розвиток онкореабілітації. Найвагомішими перешкодами (від 3,8 до 3,9 балів з 5) були низький рівень обізнаності фахівців (у середньому 3,9 бала), обмежений доступ до спеціалізованого навчання (3,9 бала), обмеження фінансування пакетами медичних гарантій (3,9 бала) та загальне недостатнє фінансування (3,8 бала).

Найбільш підтримувані фахівцями зміни — це дотримання міжнародних стандартів, мультидисциплінарний підхід, підтримка провідних експертів для підвищення кваліфікації, посилення психосоціальної підтримки та підвищення оплати праці. Фахівці розглядали низку системних і організаційних рішень, які, на їхню думку, можуть підвищити якість онкореабілітації в Україні. Найвищу підтримку отримали такі втручання: дотримання міжнародних стандартів онкологічної допомоги (74,4%), впровадження мультидисциплінарного підходу (72,1%), візити чи майстер-класи провідних фахівців (72,1%), належна соціальна та психологічна підтримка пацієнтів і їхніх родин (67,4%) та підвищення заробітної плати фахівцям (65,1%).

Каталізаторами позитивних змін фахівці вважають можливості для підвищення кваліфікації, мотивації персоналу, збільшення фінансування, поліпшення обізнаності та управлінську підтримку керівництва закладів. Додатково респонденти визначили чинники, які можуть стати каталізаторами позитивних змін у розвитку онкореабілітації: можливість підвищувати кваліфікацію (72,7%), висока мотивація персоналу розвивати послуги (68,2%), збільшення фінансування (65,9%), покращення освіти та обізнаності щодо переваг онкореабілітації (63,6%) та управлінська підтримка з боку керівництва закладів (63,6%). Ці дані свідчать, що якісні зміни можливі лише за умов інвестицій у людський капітал, достатнього фінансування та побудови організаційної спроможності та інфраструктури ЗОЗ, поліпшення інформування як фахівців, так і пацієнтів.

Проблема доступу має вимір не лише обсягу, а й своєчасності для значної частки пацієнтів — доступ відтермінований на місяці, а черги на стаціонарну і амбулаторну реабілітацію свідчать про перевищення попиту над пропозицією. Більшість пацієнтів (59%) засвідчили, що отримали доступ до послуг протягом першого тижня (12% в день операції, 25% протягом 3 днів, 22% протягом тижня), що є позитивним показником. Однак для значної кількості (41%) доступ був відтермінованим, зокрема 28% пацієнтів були змушені чекати від одного до трьох і більше місяців. Прямим індикатором перевищення попиту над пропозицією та обмеження доступу є наявність черг у ЗОЗ на стаціонарну (36%) та амбулаторну (43%) реабілітацію.

Реабілітація залишається малодоступною і часто фінансово обтяжливою, а її отримання нерідко переривається або відкладається через поєднання особистих, медичних та організаційних бар'єрів. Переважна більшість респондентів-пацієнтів (63,6%) взагалі не отримували реабілітаційної допомоги на жодному з етапів лікування. Лише 15,8% з тих, хто отримував реабілітацію вказали, що вона була для них повністю безкоштовною. Досвід пацієнтів отримання реабілітації вказує, що переривати або відкладати реабілітацію доводилося майже половині респондентів з особистих (вдома, фінанси, сімейні обставини), медичних (ускладнення лікування, стан здоров'я) чи організаційних (відсутність місць, закриття відділення, нестача фахівців) причин.

Основним бар'єром доступу до реабілітації на думку пацієнтів є недостатня поінформованість пацієнтів і відсутність системної пропозиції послуг, що призводить до значного розриву між високою потребою у реабілітації та фактичним отриманням необхідних втручань. Найбільш значущим для пацієнтів бар'єром для отримання послуг з реабілітації виявився брак інформації (44,6% респондентів), відсутність відповідних послуг у закладах, де надавалося лікування (17,4%), висока вартість послуг (8%); у більше ніж 15% випадків одним з бар'єрів доступу до реабілітації зазначено відсутність направлення, фахівців з реабілітації або стан здоров'я. Аналіз задоволення потреб пацієнтів у послугах / втручаннях реабілітації демонструє системну невідповідність між декларованою пацієнтами потребою та фактичним

отриманням втручань. У більшості послуг серед респондентів із «великою потребою» або «потребою» переважає відповідь «мені не пропонували цю послугу» або «не вказано», тоді як частка повного використання є мінімальною (здебільшого 0–5%). Найбільш виражений розрив спостерігається для фізичної терапії, психологічної підтримки, консультацій фахівців з реабілітації та менеджменту лімфостазу: навіть за високої потреби понад третина-половина пацієнтів зазначають, що послугу не було запропоновано, а повне отримання є поодиноким. Це вказує на недостатню доступність окремих втручань та дефіцит системної пропозиції реабілітаційних послуг пацієнтам із діагнозом ЗН.

3.3. Бар'єри та фасилітатори доступу до належних послуг з онкореабілітації

Аналіз інтерв'ю пацієнтів та фокус-груп фахівців засвідчив, що бар'єри доступу та фасилітатори доступу до належних послуг з онкореабілітації мають не ізольований, а системно взаємопов'язаний характер. Вони формуються на перетині індивідуального досвіду, організації клінічної допомоги та нормативного забезпечення системи охорони здоров'я. Пацієнти та фахівці ідентифікують подібні думки, взаємно посилені різним досвідом (табл. 3).

Відсутність інформування та узгоджених клінічних рекомендацій унеможливорює або формує відкладений старт реабілітації та перекладає навігацію системою на самого пацієнта. Пацієнти не отримують чіткого сигналу, що реабілітація є частиною лікування, стикаються з непослідовними порадами лікарів і не мають зрозумілого маршруту дій після встановлення діагнозу або виписки. У результаті рішення відкладається, виникає страх помилки, а інформаційний дефіцит компенсується неформальними джерелами (онлайн-спільноти), що свідчить про структурну слабкість комунікації в системі.

Реабілітація не є інтегрованою складовою онкологічного маршруту, її ініціація часто залежить від самого пацієнта, а успіх визначається рівнем самоефективності. Скерування до фізичного терапевта, психолога чи дієтолога часто не є частиною стандартного клінічного рішення, а відбувається ситуативно. В умовах емоційного шоку, стигми та виснаження очікування пацієнтської проактивності призводить до втрати часу і поглиблення функціональних порушень, що системно знижує ефективність відновлення.

Організаційна модель коротких епізодів реабілітації та обмеження у забезпеченні безперервного процесу реабілітації не відповідають міжнародним підходам та тривалому і циклічному характеру лікування злоякісних новоутворень. Курси обмеженої тривалості без дистанційного супроводу, узгодження з циклами хіміотерапії та контролю після виписки не дозволяють сформувати стабільний функціональний результат. Виснаження під час лікування та відсутність гнучких форматів (напр. реабілітація в громаді, телереабілітація) призводять до обмеженої участі та втрати досягнутого прогресу.

Дефіцит спеціалізованих кадрів і пріоритезація звітності та бюрократичних процедур обмежують реальний доступ до якісної реабілітаційної допомоги. Перевантаженість персоналу, обмежений час прийому та значна частка адміністративної роботи зменшують можливість пояснення, мотиваційної підтримки й індивідуалізації програм. Система створює стимули, де формальне виконання процедур важливіше за змістовну взаємодію з пацієнтом, що послаблює самоефективність і прихильність до реабілітації.

Територіальна віддаленість, фінансові витрати та соціальна вразливість істотно знижують здатність пацієнтів підтримувати безперервність реабілітації. Після виписки поїздки стають фізично та економічно обтяжливими, особливо для самотніх батьків, людей у регіонах із воєнним навантаженням або з обмеженими ресурсами. Нерівність доступу до засобів і послуг посилює відтік пацієнтів з програм навіть за наявності мотивації.

Відсутність чітких національних стандартів, проблеми кодування та нестабільні правила фінансування формують структурну невизначеність і фрагментацію

онкорекреабітації. Коли реабілітація не закріплена в державних протоколах як обов'язкова складова лікування, а кодування послуг не відображає специфічних станів, система стає «сліпою» до реальних потреб. Це унеможлиблює стабільне планування ресурсів, створює розрив між клінічною необхідністю та фінансовими механізмами і підтримує залежність від індивідуального ентузіазму фахівців.

Фізичне виснаження під час лікування, інформаційна невизначеність і психоемоційна вразливість формують комплексний індивідуальний бар'єр доступу до реабілітації. Хіміотерапія та інші види лікування знижують фізичну спроможність до участі, відсутність чітких пояснень щодо безпечності та часу старту реабілітації породжує зволікання, а страх, тривога й стигма стримують звернення по допомогу; у сукупності це призводить до пізнього або перерваного включення в реабілітаційний процес, навіть за наявності об'єктивної потреби.

Таблиця 3

Бар'єри та фасилітатори доступу до реабілітаційних послуг пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями в Україні

Рівень	Доступ до реабілітації (бар'єри / фасилітатори)	Цитати	Характеристика та можливі рішення, узгоджені з міжнародним досвідом
Індивідуальний	Бар'єр: фізичне виснаження під час лікування знижує участь у реабілітації	«Після хіміотерапії... ні сил, ні бажання. Ти просто лежиш...» (пацієнт) «Під час хіміотерапії було б добре одразу пояснювати, що нудота, зміна смаку – це очікувано, і як у такі дні адаптувати активність» (фахівець)	Невідповідність індивідуалізації реабілітації та її інтенсивності до основного лікування створює структурний бар'єр доступу, робить реабілітацію недосяжною навіть за високої внутрішньої мотивації. Рішення: - адаптивні формати та підходи до реабілітації; - стратифікація інтенсивності (universal+targeted+specialist) - ранній скринінг фізичного стану/ризиків і персоналізований план з мониторингом - Преабілітація (multimodal)
	Бар'єр: інформаційна невизначеність і страх помилки відтермінують або унеможливають реабілітацію	«Я дуже пізно звернулася до реабілітолога, бо не знала, що потрібно» (пацієнт) «Пацієнти не отримують інформацію, яку їм потрібно. Комуś треба повторити п'ять разів» (фахівець)	Проблема не лише «нестача інформації», а відсутність стандартизованих пояснень на визначених етапах маршруту пацієнта, що призводить до випадкових, часто ініційованих пацієнтом рішень. Рішення: - оцінювання потреб пацієнта на всіх ключових етапах із використанням структурованих інструментів (напр., Holistic Needs Assessment, HNA); - маршрутизація/скерування до потрібних фахівців; включення цього в логіку персоналізованого плану (оцінка потреб → план → скерування/супровід) - чіткі критерії направлення на реабілітацію - Навігаційні програми
	Бар'єр: страх, стигма та погіршення емоційного стану знижують готовність звертатися по допомогу	«Зараз побутує стереотип: якщо захворіла на рак – на тобі "клеймо" ... Люди соромляться цього» (пацієнт) «Сам момент повідомлення діагнозу – це шок. Людина не сприймає половину інформації» (фахівець)	Наявність погіршення психоемоційного стану призводить до гіршого сприйняття інформації, уникнення контакту із сервісами, виключення таких пацієнтів з реабілітаційних маршрутів. Рішення: - системне оцінювання психологічних ризиків у складі раннього скринінгу / HNA, і вбудовування психологічної підтримки як компонента мультидисциплінарних програм (поряд із фізичною активністю та нутритивною підтримкою) у персоналізованому плані. - Результати про які повідомляють пацієнти (PROMs/PROMS) і регулярний моніторинг стану - Орієнтовані на рівність підходи (SDOH screening)
	Фасилітатор: чіткі, конкретні та дозовані інструкції підсилюють самоефективність	«Коли мені чітко сказали: сьогодні п'ять хвилин ходьби – це стало реальним» (пацієнт) «Телемедицинські консультації допомагають підтримати мотивацію між візитами» (фахівець)	Конкретизація дій та їх формалізація (що, скільки, коли, як адаптувати) перетворює реабілітацію з «абстрактної поради» на реалістичний план, зменшує тривогу та підвищує прихильність.
	Фасилітатор: освітній компонент для пацієнтів	«Під час хіміотерапії було б добре, якби лікарі інформували, що можуть бути зміни у смаку, нудота. Пацієнти зазвичай проходять через все це самі і дуже лякаються» (фахівець) «Пацієнти часто питають, чи вони все роблять правильно: вага змінюється, смак змінюється, їх це лякає...» (фахівець)	Освіта працює як зниження невизначеності (нормалізація очікуваних симптомів, правила безпечної активності, «коли звертатися»), допомагає пацієнту ліпше справлятися з симптомами та розуміти свої реабілітаційні потреби, зменшує виключення з програм реабілітації. Рішення: - Освітні програми для провайдерів - Реабілітаційна грамотність онкологів
Міжособистісний	Бар'єр: непослідовні рекомендації та їх неузгодженість між лікарями дезорієнтують пацієнтів та обмежують доступ до реабілітації	«Один лікар казав піднімати руку, інший – ні...» (пацієнт) «Реабілітація часто з'являється "потім", а не в рішенні комісії» (фахівець)	Відсутність стандартів та узгоджених рекомендацій створюють клінічну невизначеність і призводять до бездіяльності (пацієнт обирає нічого не робити, щоб не нашкодити). Рішення: - узгоджені маршрути пацієнтів та скерування, на отримання потрібних реабілітаційних послуг та описують покроковий шлях пацієнта, незалежно від точки входу; - впровадження стандартів реабілітаційної допомоги пацієнтам із ЗН (адаптація / розроблення настанов, стандартів, рекомендацій); - необхідність дотримання маршрутів через мережі провайдерів

			- Мультидисциплінарні клінічні консиліуми з обговорення пацієнтів із онкологічними захворюваннями (Tumor boards) із реабілітаційними фахівцями - Протоколи, клінічні настанови
	Бар'єр: відсутність скерування залишає пацієнта сам на сам із системою	«Лікарі не згадували про реабілітацію...» (пацієнт) «Навіть мій лікуючий онколог, онколог у поліклініці та гінеколог, яка першою поставила діагноз, - усі ці фахівці не згадували про реабілітацію» (пацієнт) «Психолог, фізичний терапевт підключаються тільки якщо пацієнт сам попросить» (фахівець)	Коли реабілітація не розпочинається автоматично, навантаження щодо навігації перекладається на пацієнта, що системно виключає людей у стресі/втомі й посилює нерівність доступу. Рішення: - модель реабілітації, де послуги інтегровані на всіх ключових етапах, а потреби виявляються через HNA/скринінг із подальшим скеруванням; - формалізована роль координатора/ навігатора та кейс-менеджмент - критерії направлення пацієнта на реабілітацію інтегровані в електронну медичну систему - Автоматизовані алгоритми направлення
	Фасилітатор: узгоджена робота мультидисциплінарної команди та відповідні скерування до фахівців знижують бар'єр входу у реабілітацію	«Коли всі лікарі говорять одне й те саме, стає спокійніше» (пацієнт)	Інтеграція реабілітації в клінічне рішення знижує втрату пацієнтів між рівнями та етапами допомоги і робить допомогу передбачуваною
	Фасилітатор: залучення родини підвищує сталість участі	«Ми з сином робили вправи разом... самій я б не наважилася» (пацієнт) «Потрібно працювати і з родиною, бо соціальні контакти обриваються» (фахівець)	Родина зменшує полегшує залучення та прихильність пацієнта до реабілітації, забезпечує підтримку пацієнта у змінених життєвих обставинах
Організаційний	Бар'єр: короткі реабілітаційні курси не забезпечують безперервності і не формують стійкого результату	«Нам дали десять днів занять – і все. Далі ніхто не дзвонив» (пацієнт)	Короткі епізоди реабілітації або відсутність цілісного і поетапного планування реабілітації на етапах лікування без наступності створює розрив, погіршення результатів. Рішення: - розробляти і забезпечувати тривалий супровід і контрольні точки (у т.ч. поведінкова підтримка/ і follow-up); - організувати перехід «гостра ланка → громада/первинка» як частину маршруту - Реабілітація в громаді
	Бар'єр: пріоритет звітності над клінічною взаємодією й обмежений кадровий ресурс	«Черга велика, прийом короткий» (пацієнт) «Я не медсестра, а "Helsi-оператор"» (фахівець)	Обмеження забезпечення кадровим ресурсом реабілітації знижує спроможність системи на усіх рівнях. Рішення: - планувати достатню адміністративну / IT-підтримку для маршрутів і залучення пацієнтів; - інструменти управління направленнями/ взаємодією - Результати, повідомлені пацієнтами (PROMs) як показники якості
	Бар'єр: відсутність послуг з реабілітації або фахівців реабілітації у закладі, де надається лікування	«Як такої, реабілітації в самому центрі, терапевтів ніяких не представлено» (фахівець)	Якщо реабілітація не є частиною локальної структури або немає прозорого маршруту до інших провайдерів та співпраці із ними, виникає прогалина у маршруті. Рішення: - мережевий підхід із формуванням каталогів/ мап сервісів, узгоджених маршрутів скерування між провайдерами і універсальна підтримка НСЗУ
	Фасилітатор: гібридний формат та контрольні відстеження результатів реабілітації	«Якби можна було бачити реабілітолога онлайн... я б не випала» (пацієнт) «Коли знаєш, що шість тижнів і хтось подзвонить, якщо пропустиш – легше триматися» (пацієнт)	Гнучкі, гібридні підходи зменшують організаційні бар'єри, а сплановані етапні відстеження поліпшують контроль за дотриманням маршрутів, станом пацієнта та дозволяють коригувати план. Рішення: - пропорційний моніторинг (за рівнем потреб) - стандартизоване оцінювання прихильності/ ефективності та довший супровід у реабілітаційних програмах - Телереабілітація - Remote monitoring (дистанційний моніторинг) - систематичне відстеження стану пацієнта та результатів реабілітації на відстані за допомогою цифрових інструментів
	Фасилітатор: початок реабілітації до початку основного лікування (пререабілітація)	«Підтримка має надаватися відразу після постановки діагнозу» (пацієнт)	Пререабілітація зменшує ризик поганого переносимості лікування і дозволяє більш ефективно управляти подальшим процесом реабілітації. Рішення: - підхід від діагнозу (інколи до підтвердження) - оцінювання потреб і початок реабілітаційних заходів мають відбуватися якомога раніше - від моменту підозри на рак або встановлення діагнозу - і повторюватися перед кожним наступним етапом лікування (операція, хімотерапія, променева терапія тощо). Це дозволяє виявляти функціональні ризики, оптимізувати стан пацієнта перед лікуванням і підтримувати функцію під час терапії, а не лише після її завершення. - реалізація індивідуального плану преабілітації пацієнта (Personalised Prehabilitation Care Plan, PPCP), як частини загального плану реабілітації - використання індивідуалізованого плану преабілітації як центрального інструменту ведення пацієнта. PPCP передбачає ранній скринінг потреб пацієнта, поглиблене оцінювання за наявності ризиків, індивідуальне планування втручань і подальший моніторинг їх виконання та результатів. - стратифікована модель організацію реабілітації за рівнями складності потреб пацієнтів: - універсальний рівень - базова підтримка (освіта, фізична активність, загальні рекомендації), доступна всім пацієнтам; - цільовий рівень - втручання для пацієнтів з підвищеним ризиком функціональних порушень або ускладнень;

			спеціалізований рівень - інтенсивна мультидисциплінарна реабілітація для пацієнтів зі складними або тяжкими наслідками лікування.
Рівень спільноти	Бар'єр: відстань і витрати погіршують безперервність реабілітаційної допомоги	«Такі дорого... після виписки просто не тягнеш» (пацієнт)	Географічна/фінансова дистанція створює бар'єр не стільки доступу до початку реабілітації, скільки до безперервності (регулярності, follow-up, контрольних відвідувань). Рішення: - Гібридні моделі реабілітації та реабілітація «біля дому» (реабілітація в громаді / первинна допомога / недержавний та неприбутковий сектор), у т.ч. телереабілітація, як компонент підтримки між очними етапами.
	Бар'єр: нерівність (у т.ч. регіональна) у засобах та доступі	«У нашому місті рукави [компресійні] не продають» (пацієнт) «Частину місць займають ті, кому потрібні лише папери» (фахівець)	Нерівність постачання / інфраструктури призводить до того, що навіть призначене втручання не може бути реалізоване. Рішення: - Інтеграція реабілітації в маршрут пацієнта - Стратифікована модель надання послуг - Гібридні моделі реабілітації - Стандартизовані маршрути і направлення - Мультидисциплінарні команди
	Фасилітатор: телереабілітація може бути важливою формою підтримки безперервності реабілітації після виписки	«Якби можна було перший місяць бачити реабілітолога онлайн, я б не випала» (пацієнт) «Телемедичні консультації мають бути базовим каналом» (фахівець)	Телереабілітація дозволяє не втрачати контакт та підтримувати пацієнтів між випискою та наступними очними контактами, зменшує втрати і дозволяє підтримувати прихильність пацієнтів до реабілітації.
	Фасилітатор: пацієнтські спільноти як інформаційна підтримка	«Про вправи я дізналася з телеграм-групи» (пацієнт) «Онкогрупи стають першим місцем, де люди чують про фізіотерапію» (фахівець)	Пацієнтські спільноти частково закривають інформаційний вакуум (освіта/поради/підтримка), але одночасно є маркером того, що формальна система не забезпечує стандартну інформаційну точку входу. Рішення: - інституалізувати «універсальну підтримку» і кращу видимість / скеровування до наявних ресурсів (у т.ч. третій сектор), щоб це не було випадковістю - Стандартизований первинний скринінг потреб - Personalised Prehabilitation Care Plan (PPCP) - Навігація пацієнта, зокрема через координатора або кейс-менеджера пацієнта - Стандартизовані інформаційні пакети для пацієнтів - інтеграція пацієнтських організацій, як партнерів системи
Системний	Бар'єр: відсутність національного маршруту і стандартів	«Я так і не зрозуміла, коли маю право на реабілітацію» (пацієнт) «Пацієнти губляться в системі, не знають, куди звертатися, які кроки робити далі. Немає чіткого маршруту, правил, узгоджених протоколів. Один лікар каже робити КТ раз на три місяці, інший - раз на пів року. Це дезорієнтує та посилює стрес» (пацієнт)	Без єдиного маршруту реабілітація стає можливістю, але не частиною лікування; зростає варіативність, стрес і залежність від особистої мотивації окремих людей. Рішення: - Стандартизовані і узгоджені Маршрути направлення пацієнтів (referral pathways) - Інтеграція реабілітації у клінічний маршрут пацієнта - Стандартизований скринінг потреб, розроблені критерії направлення та скерування у разі виявлених ризиків - Personalised Prehabilitation Care Plan (PPCP) - Можливість направлення від будь-якого фахівця - Протоколи реабілітації - Навігація пацієнта
	Бар'єр: підходи до документування і фінансування не враховують реальні потреби та ресурси	«Без відповідної позначки в документах не можуть скерувати» (фахівець) «Зарплата прив'язана до внесених даних, а не до часу з пацієнтом» (фахівець)	Це знижує доступ і якість та мотивацію фахівців. Рішення: - Стандартизоване документування та моніторинг результатів реабілітації з використанням мінімального набору даних і показників якості
	Бар'єр: прогалина під час переходу пацієнтів від стаціонарної і амбулаторної реабілітації до реабілітації в громаді	«Пацієнти самі шукають, де є реабілітація, хто цим займається. На рівні громади немає зрозумілої точки входу...» (фахівець)	Розрив між етапами реабілітації створює прогалини в її безперервності і необхідність пацієнту самому шукати реабілітацію після виписки. Це системно збільшує втрати та нерівність. Рішення: - впровадження ролі координатора або кейс-менеджера пацієнта протягом усього маршруту реабілітації - стандартизований реабілітаційний паспорт пацієнта (паперовий або цифровий), який супроводжує його на всіх етапах лікування та відновлення, забезпечує формалізовану передачу інформації між стаціонаром, амбулаторією та громадою, уніфікує оцінювання функціонального статусу й запобігає втраті клінічно значущих даних під час переходу між рівнями допомоги. - стандартизована передача пацієнта між рівнями допомоги (formal handover) - узгоджені маршрути реабілітації; - доступний каталог реабілітаційних послуг у громаді.
	Бар'єри: обмежений кадровий ресурс	«Черга велика, вона одна на всіх. Прийом короткий, не встигаєш навіть запитати все, що хотів» (пацієнт)	Рішення: - наявність / заохочення клінічного лідера або координатора реабілітації; - розвиток мультидисциплінарних команд і підготовки фахівців; - стратифікована модель надання послуг; - залучення первинної допомоги для базових реабілітаційних потреб - короткі практично орієнтовані програми навчання (skills-based training) - навчання з раннього виявлення потреб і направлення на реабілітацію
	Фасилітатор: офіційний маршрут з цифровою навігацією	«Потрібна система, яка автоматично підказує наступні кроки» (пацієнт)	Цифрова навігація зменшує когнітивне навантаження в умовах стресу, стандартизує наступні кроки.

		«Друге - чіткий маршрут пацієнта. Людина, яка перебуває в стресі, забуває навіть прості речі, їй потрібні докладні інструкції крок за кроком. Цей маршрут можна зробити доступним у цифровому форматі - наприклад, через QR-код, що веде на сторінку з переліком послуг і контактів» (пацієнт) «Єдиний цифровий контакт і чіткий алгоритм скерування» (фахівець)	Рішення: - єдина точка контакту або координації (single point of contact) - цифрові інструменти навігації пацієнта - регулярний скринінг потреб (Holistic Needs Assessment, HNA або аналог) - безперервна передача інформації між рівнями допомоги
--	--	--	--

4. Міжнародні стратегії та стандарти забезпечення онкореабілітації

Згідно з Macmillan Cancer Support 1 з 4 осіб, які живуть з діагнозом злоякісного новоутворення, має погіршене здоров'я або інвалідність у період після лікування¹². Це пов'язане з симптомами, станами здоров'я та ускладненнями, які викликані як самим захворюванням, так і його лікуванням. У пацієнтів незалежно від типу раку найчастіше відзначаються втома, біль, оніміння рук і ніг, слабкість та обмеження рухливості суглобів, тоді як когнітивні порушення, лімфедема, респіраторні проблеми, порушення ковтання, мовленнєві та мовні порушення були більш характерні для окремих типів раку. Наприклад, дослідження серед жінок із метастатичним раком молочної залози виявило, що 92% з обстежених мали щонайменше одне фізичне порушення; загалом було виявлено 530 порушень функціонування, з яких 91% потребували фізичної терапії, а 88% — втручань фізичної та/або ерготерапії¹³. Це призводить до того, що 87,1% пацієнтів повідомляють про наявність фізичних проблем, 35-80% - психологічних, а 59,0% - соціально-економічних проблем, без статистично значущих відмінностей між типами раку^{14,15}; 63% пацієнтів повідомляли про потребу щонайменше в одній реабілітаційній послугі¹⁶, а зміни в статусі зайнятості та поточна або попередня хіміотерапія були пов'язані формуванням потреби у всіх реабілітаційних послугах.

Реабілітацію онкологічних пацієнтів визначають як медичну допомогу, яка має бути інтегрована в увесь континуум онкологічної допомоги та надаватися кваліфікованими фахівцями з реабілітації, сфера діяльності яких повинна охоплювати діагностування та терапію фізичних, психологічних та когнітивних порушень пацієнтів з метою підтримки або відновлення функцій, зменшення симптомів, максимізації незалежності та покращення якості¹⁷.

У розвинутих країнах світу передбачено інтеграцію реабілітаційної допомоги у лікувальний процес пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями. Континуум реабілітаційної допомоги в онкології може охоплювати преабілітацію (*прим. авторів: термін окреслює період реабілітації після встановлення діагнозу та до початку гострого лікування*¹⁸), реабілітацію під час активного лікування, реабілітацію після завершення лікування, а також реабілітацію пацієнтів, які живуть з онкологічним захворюванням як із хронічним станом. Реабілітація пацієнтів із діагнозом ЗН також охоплює широкий спектр втручань, спрямованих на відновлення функціонування, зменшення інвалідизації та підвищення рівня фізичної активності. Терапевтичні вправи та програми фізичної активності, методи фізичної терапії, мануальні втручання, медикаментозне лікування та ін'єкційна терапія, застосування ортезів, протезів і допоміжних засобів, а також оцінювання та корекція функціональних порушень, зокрема мови та мовлення, ковтання, функції органів малого таза, безпеки домашнього середовища, працездатності та здатності до керування транспортом, психосоціальні та нутритивні втручання є лише частиною з втручань в арсеналі фахівців з реабілітації¹⁹.

Однак навіть у розвинутих країнах існують бар'єри у доступі до реабілітації для осіб із діагнозом ЗН; у країнах із низьким та середнім доходом доступність значно погіршується. Зокрема, у Данії ще у 2012 році лише половина пацієнтів була забезпечена одним або кількома реабілітаційними заходами²⁰.

¹² Macmillan Cancer Support, National Cancer Intelligence Network. Routes from Diagnosis: The most detailed map of cancer survivorship yet. London: Macmillan Cancer Support; 2014. https://www.macmillan.org.uk/_images/routesfromdiagnosisreport_tcm9-265651.pdf

¹³ Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013 Sep;63(5):295-317. doi: 10.3322/caac.21186. Epub 2013 Jul 15. PMID: 23856764.

¹⁴ Jo JM, Hwang JH, Lee CH, Kang HJ, Yu JN. The need of cancer patients for rehabilitation services. J Korean Acad Rehabil Med. 2010;34:691-700.

¹⁵ Bergerot C, Jacobsen PB, Rosa WE, Lam WWT, Dunn J, Fernández-González L, Mehnert-Theuerkauf A, Veeraiah S, Li M. Global unmet psychosocial needs in cancer care: health policy. EClinicalMedicine. 2024 Nov 16;78:102942. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102942. PMID: 39634034; PMCID: PMC11615525.

¹⁶ Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Skovlund E, Fløtten T, Fosså SD. Cancer patients' needs for rehabilitation services. Acta Oncol. 2011 Feb;50(2):212-222. doi: 10.3109/0284186X.2010.531050. PMID: 21231783.

¹⁷ Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. J Pain Symptom Manage. 2020 Dec;60(6):1239-1252. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32768554; PMCID: PMC7406418.

¹⁸ Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. J Pain Symptom Manage. 2020 Dec;60(6):1239-1252. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32768554; PMCID: PMC7406418.

¹⁹ Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013 Sep;63(5):295-317. doi: 10.3322/caac.21186. Epub 2013 Jul 15. PMID: 23856764.

²⁰ Holm LV, Hansen DG, Johansen C, Vedsted P, Larsen PV, Kragstrup J, Søndergaard J. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. Support Care Cancer. 2012 Nov;20(11):2913-24. doi: 10.1007/s00520-012-1420-0. Epub 2012 Mar 14. PMID: 22415608; PMCID: PMC3461205.

До бар'єрів участі у онкореабілітації належать наявність значних симптомів захворювання та побічні ефекти лікування (зокрема біль і втома), низька мотивація або невпевненість у власних можливостях, відсутність відчуття потреби у реабілітації або переконання у достатності підтримки з боку родини чи медичних працівників, перевага інших видів активності або самостійного відновлення, невідповідність програм індивідуальним потребам пацієнтів, а також організаційні та інформаційні бар'єри. Організаційні бар'єри охоплюють не співпадіння заходів реабілітації із робочим графіком, сімейними обов'язками або лікуванням, значні витрати часу на відвідування програм, транспортні труднощі, проблеми з доїздом або паркуванням, а також незручний час проведення занять чи невідповідний етап лікування. Інформаційні бар'єри пов'язані з недостатньою поінформованістю пацієнтів про можливості реабілітації, відсутністю рекомендацій або направлення з боку медичних працівників, а також недостатнім розумінням потенційної користі реабілітаційних втручань²¹. Бар'єри, виявлені дослідженням українського контексту, частково подібні до таких у інших країнах, проте системні стратегії дозволяють мінімізувати їх вплив (табл. 4).

Міжнародні стратегії послідовно спрямовані на подолання трьох взаємопов'язаних типів бар'єрів: (1) фрагментації маршруту та відкладеного старту; (2) прогалин у знаннях і координації провайдерів; (3) обмежень, що підтримують нерівність доступу (у т.ч. структурних і фінансових).

Таблиця 4

Стратегії подолання бар'єрів доступу до послуг у міжнародній практиці онкореабілітації

Стратегія / рекомендація (організація, надання, забезпечення)	Які бар'єри / прогалини долає
Інтеграція реабілітації в онкологічний маршрут з моменту встановлення діагнозу (early integration) – включення реабілітації до MDT-рішень, survivorship care plans, стандартних pathway ^{22,23,24}	- Відсутність інтегрованого національного маршруту онкореабілітації* - Відсутність реабілітації в обов'язкових онкологічних протоколах* - Фрагментовані клінічні маршрути* - Відсутність інтеграції реабілітації в MDT-рішення* - Відсутність структурованих survivorship care plans - Низькі показники скерування* - Відсутність цифрової навігації пацієнта - Відсутність інтеграції реабілітації в електронні медичні записи - Політична недооцінка реабілітації - Непослідовні рекомендації між лікарями / клінічна невизначеність для пацієнта
Преабілітація до початку основного лікування (мультимодальна: фізична, нутриційна, психоемоційна) ^{25,26}	- Виснаження під час хіміотерапії* - Біль, нейропатія, функціональні порушення - Психоемоційний дистрес* - Низька самоефективність - Страх фізичної активності - Невідповідність часу реабілітації циклам лікування - Відсутність адаптивних програм під різні фази лікування
Стандартизований скринінг функціональних і психосоціальних потреб (в т.ч. e-screening) на ключових етапах (діагноз, до/після лікування, виписки) ^{12,13}	- Відсутність систематичного скринінгу симптомів - Низька поінформованість пацієнтів* - Перевантаження інформацією під час лікування* - Психоемоційний дистрес* - Низькі показники скерування* - Відсутність автоматизованих систем скринінгу - Інформаційна невизначеність і страх помилки (відсутність стандартизованих пояснень)
Чіткі критерії направлення та алгоритми скерування (вбудовані в EHR/EMR) ^{11,12,13}	- Нечіткі або відсутні стандартизовані критерії скерування - Складні, некоординовані системи скерування* - Низькі показники скерування*

²¹ Erlik M, Timm H, Larsen ATS, Quist M. Reasons for non-participation in cancer rehabilitation: a scoping literature review. Support Care Cancer. 2024 May 14;32(6):346. doi: 10.1007/s00520-024-08553-9. PMID: 38743121; PMCID: PMC11093823.

²² Transforming Cancer Services Team. (2019). *Integrated Care System Guidance for Cancer Rehabilitation: A guide to reducing variation and improving outcomes in cancer rehabilitation in London* (Effective April 2019, Published July 2019). Transformation Partners in Health and Care. <https://transformationpartners.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/A-guide-to-reducing-variation-and-improving-outcomes-in-cancer-rehabilitation-in-London.pdf>

²³ Imperial College Healthcare NHS Trust. (2024). *Cancer Pathways Improvement Programme: Phase 1 report* (Nov. 2024). <https://www.imperial.nhs.uk/-/media/website/about-us/publications/projects/cancer-pathways-improvement-programme-november-2024.pdf>

²⁴ Welsh Assembly Government. (2010). *National standards for rehabilitation of adult cancer patients*. <https://www.tenovuscancercare.org.uk/media/r1bblq2d/nationalstandardsforcancerrehabilitation2010.pdf>

²⁵ Macmillan Cancer Support. (2021). *Macmillan Toolkit 2021*. https://www.e-lfh.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/Macmillan_Toolkit_2021_V9Reduced.pdf

²⁶ Wessex Cancer Alliance. (2023). *Prehab-rehab scoping report: Scoping prehabilitation and rehabilitation services for people with cancer across the Wessex Cancer Alliance* [PDF]. <https://wessexcanceralliance.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/02/Prehab-rehab-scoping-report.pdf>

	- Відсутність інтеграції реабілітації в електронні медичні записи - Відсутність скерування залишає пацієнта сам на сам із системою*
Мультидисциплінарні команди (MDT) з участю реабілітаційних фахівців у tumor boards ^{11,13,14}	- Відсутність інтеграції реабілітації в MDT-рішення* - Нечіткість ролей фахівців у команді - Непослідовні рекомендації між лікарями* - Низькі показники скерування* - Недостатня координація між рівнями допомоги*
Моделі безперервності: тривалі програми + follow-up після виписки (вкл. community-based rehab) ^{11,13,15}	- Короткі епізоди реабілітації без безперервності* - Недостатня координація між рівнями допомоги (acute-community gap)* - Прогалина переходу стаціонар → громада* - Невідповідність часу реабілітації циклом лікування - Втрата прогресу після виписки - Відсутність формалізованої передачі між ланками (handover) і втрата пацієнтів після виписки
Гібридні та телереабілітаційні формати (remote monitoring, telehealth)	- Географічна віддаленість* - Транспортні труднощі* - Прямі фінансові витрати* - Непрямі витрати* - Недостатнє впровадження телереабілітації - Відстань і витрати погіршують безперервність*
Навігаційні програми та cancer coordinators ^{11,12,14}	- Відсутність цифрової навігації пацієнта - Складні системи скерування* - Низькі показники скерування* - Відсутність скерування залишає пацієнта сам на сам із системою* - Інформаційна невизначеність* - Прогалина переходу стаціонар/амбулаторія → громада (немає "точки входу" після виписки)
Освітні програми для провайдерів (реабілітаційна грамотність онкологів) ^{13,14}	- Недостатня підготовка онкологів щодо реабілітації - Низька обізнаність фахівців про показання до реабілітації - Нечіткість ролей у команді - Непослідовні рекомендації* - Низькі показники скерування*
Локальні клінічні настанови та стандарти як частина національної політики ^{11,13,14}	- Відсутність національного маршруту і стандартів* - Відсутність реабілітації в обов'язкових протоколах* - Фрагментовані клінічні маршрути* - Варіабельність між регіонами* - Нечіткі referral criteria
Фінансові механізми покриття та моделі оплати, що стимулюють якість (не лише обсяг) ^{12,14}	- Фрагментоване фінансування* - Нестабільні reimbursement механізми* - Підходи до документування і фінансування не враховують потреби* - Прямі фінансові витрати* - Непрямі витрати* - Пріоритет звітності над клінічною взаємодією*
Вбудовані PROMs/PROMS + моніторинг результатів ^{11,12}	- Відсутність показників якості - Відсутність моніторингу результатів - Короткі курси без оцінки ефекту* - Політична недооцінка реабілітації - Погіршення психоемоційного стану / стигма (невидимі проблеми без системного вимірювання)
Культурно адаптовані та equity-орієнтовані інтервенції (SDOH screening, community engagement) ^{11,12}	- Соціально-економічні, географічні, етнічні нерівності; digital divide - Соціальна вразливість* - Нерівність регіональна* - Стигма, пов'язана з діагнозом* - Низька поінформованість пацієнтів* - Обмежений доступ до допоміжних засобів*
Організаційне лідерство та stakeholder engagement ^{12,14}	- Політична недооцінка реабілітації - Дефіцит спеціалізованих кадрів* - Нерівномірний розподіл кадрів* - Перевантаженість служб* - Бюрократичне навантаження* - Відсутність послуг з реабілітації в закладі* - Відсутність мапування послуг / каталогу послуг (низька видимість того, що є безкоштовно/поруч/онлайн)

Примітки: * - бар'єри визначені у міжнародних дослідженнях, які співпадають з бар'єрами українського контексту.

5. Підсумки та рекомендації

Підсумки

Онкореабілітація в Україні не інтегрована в онкологічний маршрут

Якісні дані показують, що реабілітація запускається переважно ситуативно або за ініціативою пацієнта. Аналіз НСЗУ підтверджує нерівномірність її надання між діагнозами та регіонами, а також значну частку пацієнтів без зафіксованих реабілітаційних епізодів. Відсутність обов'язкової інтеграції в стандартизований маршрут та алгоритмів скерування формує системну невизначеність доступу.

512 тис. пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями включено до аналізу НСЗУ (2023–2025); **у 71,4%** випадків не зафіксовано жодного реабілітаційного втручання, а лише **0,04%** пацієнтів отримували реабілітацію на всіх етапах лікування.

9% фахівців зазначили, що пацієнти автоматично спостерігаються фахівцем з реабілітації у стаціонарі.

81% пацієнтів направляються на реабілітацію лише після завершення лікування, що підтверджує відсутність ранньої інтеграції.

Інтерв'ю показали, що реабілітація зазвичай не входить у стандартні клінічні рішення і часто залежить від особистої ініціативи лікаря або пацієнта

Система онкореабілітації в Україні є фрагментованою, реактивною з системним розривом між тягарем захворювання та доступом до реабілітаційних послуг

63,6% пацієнтів не отримували реабілітацію (опитування)

За оцінками фахівців **95%** пацієнтів потребують реабілітації після стаціонарного лікування, але лише **42%** з них її отримують;

82% пацієнтів потребують довготривалої реабілітації, проте доступ до неї мають лише 34%.

Для майже **90%** пацієнтів родина є головною підтримкою, однак **95,1%** родичів не отримують жодної професійної допомоги з боку фахівців з реабілітації.

77,2% опитаних пацієнтів вважають, що реабілітація в Україні не враховує їхні потреби.

Центральною структурною прогалиною є відсутність механізмів раннього виявлення потреб та автоматичного скерування

Пацієнти описують інформаційний вакуум і запізнілий старт реабілітації; фахівці — відсутність узгоджених критеріїв направлення. Дані НСЗУ свідчать, що кодування не відображає функціональні потреби, а система не має інструментів систематичного скринінгу. Це призводить до втрати часу, поглиблення функціональних порушень і нерівності доступу.

Лише **21,4%** пацієнтів направляються на реабілітацію, а під час лікування - близько **33–36%**.

Лише **9%** фахівців повідомили про автоматичне залучення реабілітації у стаціонарі.

Пацієнти визначили брак інформації як головний бар'єр (**44,6%**).

Реабілітаційні послуги мають епізодичний характер, не підтримують безперервність реабілітації, не відповідають перебігу захворювання (ремісія / прогресування / регресування / рецидив) та характеру лікування раку

Інтерв'ю вказують на розриви після виписки, відсутність follow-up та неузгодженість із фазами лікування. Дані НСЗУ відображають обмежені за тривалістю реабілітаційні епізоди без системного супроводу. Така модель не формує стійкого функціонального результату та суперечить міжнародному принципу допомоги на усьому континуумі лікування.

Лише **0,04%** пацієнтів отримували реабілітацію на всіх етапах лікування.

Майже половина пацієнтів змушені були переривати або відкладати реабілітацію через медичні, фінансові або організаційні причини.

Відсутність, обмеженість та нерівність доступу має багаторівневе клінічне, кадрове, територіальне та фінансове підґрунтя

Дані ЕСОЗ демонструють варіабельність за діагнозами й регіонами; якісні дані — дефіцит спеціалізованих кадрів, перевантаженість служб, транспортні й фінансові бар'єри. Це означає, що доступ до реабілітації визначається не лише клінічною потребою, а інституційною спроможністю та соціально-економічними умовами.

Лише **15,8%** пацієнтів, які отримували реабілітацію, повідомили що вона була повністю безкоштовною.

31% закладів пропонують платні послуги реабілітації, що створює фінансові бар'єри.

Найбільш поширеним бар'єром доступу є відсутність послуг (**17,4%**) та відсутність направлення (понад **15%**).

Психосоціальні та інформаційні бар'єри мають системне підґрунтя, а не лише індивідуальний характер

Страх, стигма, перевантаження інформацією та невпевненість щодо безпечності активності часто стримують пацієнтів.

Однак ці бар'єри підсилюються відсутністю стандартизованих інформаційних матеріалів, чітких алгоритмів і узгоджених клінічних меседжів.

Міжнародні стандарти демонструють, що інтегрований скринінг, плани допомоги після лікування (survivorship care plans) і автоматизовані алгоритми скерування суттєво знижують ці бар'єри.

77,2% пацієнтів вважають, що реабілітація в Україні не враховує їхні потреби.

95,1% родичів пацієнтів не отримували жодної підтримки від фахівців.

Близько **90%** пацієнтів визначають родину як головне джерело підтримки.

Дефіцит спеціалізованих кадрів і нерівномірний їх розподіл збільшує навантаження на фахівців та погіршує доступ до реабілітації

Якісні дані вказують на нестачу фахівців з онореабілітації, особливо в малих містах.

Аналіз НСЗУ відображає непряму варіабельність доступу, що корелює з інституційною спроможністю регіону.

Це створює подвійний бар'єр: структурний (відсутність послуги) та логістичний (необхідність переміщення).

69,4% фахівців не брали участі у програмах підвищення кваліфікації з онореабілітації за останні 3 роки.

Низка виявлених бар'єрів не є унікальними, але в Україні відсутній системний підхід до їх подолання

Міжнародні стандарти демонструють, що ті самі проблеми вирішуються через ранню інтеграцію реабілітації, преабілітацію, стандартизований скринінг, чіткі алгоритми скерування, мультидисциплінарні моделі, безперервні програми та моніторинг результатів (зокрема на основі результатів, повідомлених пацієнтом (PROM)). В Україні наявні окремі елементи інфраструктури, однак вони не об'єднані в керовану, стандартизовану та вимірювану систему.

З огляду на виявлені структурні та організаційні прогалини, ключова цінність цього звіту полягає не лише у фіксації прогалин, але й у формулюванні прагматичних та досяжних рішень, спрямованих на усунення їхніх першопричин. Частина викликів не є унікальною для України, однак воєнний контекст істотно посилює їхній вплив, що вимагає адаптованих системних відповідей.

Можливі рішення на основі результатів дослідження

1. Інтеграція реабілітації в онкологічний маршрут пацієнта з моменту встановлення діагнозу і до довготривалого спостереження, із визначенням мережі надавачів і рівнів (онкоцентри / заклади спроможної мережі, реабілітаційні відділення / кабінети, реабілітація на первинному рівні та громаді) та з обов'язковою участю фахівців з реабілітації у мультидисциплінарних клінічних рішеннях, плануванні виписки та направлення.

2. Ранній початок реабілітації (з відділень реанімації), створення можливостей реабілітації з моменту встановлення діагнозу та перехід з реактивної (після лікування) моделі на превентивну модель з акцентом на запобігання виникненню порушень функціонування.

3. Створення електронного маршруту онкопацієнта в ЕСОЗ із інтегрованими системним стандартним скринінгом функціональних і психосоціальних потреб на ключових

етапах лікування з використанням цифрових інструментів і автоматичного скерування на реабілітацію за розробленими критеріями.

4. Забезпечення формалізованого, доступного, безперервного маршруту пацієнта з чіткою передачею інформації між рівнями допомоги, використанням та цифровою інтеграцією індивідуального реабілітаційного плану, як доступного й зручного інструменту безперервності маршруту пацієнта на всіх етапах лікування та після нього.

5. Розглянути можливість запровадження поетапної моделі координації реабілітації з посиленням ролі мультидисциплінарних команд та впровадження відповідальних в координації або кейс-менеджменті реабілітації на кожному рівні допомоги (стаціонар, амбулаторія, громада), із забезпеченням організації направлень / запису та формалізованої передачі пацієнта (**handover**) між рівнями, стандартизованих «наступних кроків», повторних спостережень (**follow-up**) тощо.

6. Розвиток системної підготовки фахівців з онкореабілітації із забезпеченням доступу до якісних, структурованих і стандартизованих програм навчання з менеджменту симптомів, паліативної реабілітації, ведення складних випадків і повернення пацієнтів до праці, фізичної активності, розвитком базових психологічних навичок для фахівців з реабілітації, а також навчанням лікарів-онкологів щодо показань до реабілітації та можливостей направлення. Підтримка професійними спільнотами фахівців у онкореабілітації у менторстві, клінічних консультаціях, обміну складними кейсами та розвитку відповідної клінічної спеціалізації.

7. Розвиток освітніх матеріалів і структурованих інструкцій для пацієнтів щодо ролі реабілітації, можливостей отримання послуг і наступних кроків після лікування.

8. Впровадження локалізованих настанов та розроблених національних стандартів з реабілітації й використання стандартизованих інструментів оцінювання результатів (у тому числі на основі результатів, повідомлених пацієнтом) з запровадженням системного моніторингу клінічних результатів, ефективності змін і використання ресурсів.

9. Впровадження підходів, спрямованих на зменшення регіональних, соціально-економічних та фінансових нерівностей у доступі до реабілітації, наприклад розвиток реабілітації в громаді та доступу до фахівців і послуг «біля дому», забезпечення допоміжними засобами реабілітації, зменшення частки прямих витрат пацієнта (у т.ч. транспорт / доїзд), а також адресні рішення для груп із найнижчим доступом і для віддалених громад.

10. Розроблення програм реабілітації з акцентом на повернення до праці, збереження працездатності, підтримання ролей пацієнтів працездатного віку та фізичній активності, як складової вторинної профілактики, відновлення функціональної спроможності та підвищення якості життя.

11. Створення цифрових інструментів навігації, що забезпечують доступ до інформації про послуги, маршрути пацієнта та наступні кроки лікування і реабілітації.

12. Посилення ролі організаційного лідерства та координації між ключовими стейкхолдерами для системного розвитку онкореабілітації.

13. Удосконалення збору даних ЕОЗ для забезпечення повноцінного моніторингу маршрутів і результатів реабілітації, через уніфікацію документування та визначений мінімальний набір даних з стандартизованим кодуванням втручань, фіксацією направлення / скринінгу потреб і передачі між рівнями допомоги, а також впровадження стандартизованих показників результатів (у т.ч. результатів, що надаються пацієнтами).

Обмеження дослідження

У дослідженні не брали участі доглядачі, які часто відіграють ключову роль у підтримці пацієнтів під час онкологічного лікування й реабілітації. Через це не враховані їхні потреби, бар'єри, навантаження та досвід взаємодії з реабілітаційними послугами. Це звужує розуміння сімейного й соціального контексту онкореабілітації.

Усі кількісні й якісні дані зібрано лише серед дорослих учасників. Дослідження не охоплює реабілітаційних потреб та бар'єрів дітей, підлітків та їхніх батьків. Унаслідок цього не представлені особливості потреб та бар'єрів реабілітації у дитячій онкології, досвід батьків як основних доглядачів.

Опитування базуються на самозвіті респондентів, а відповідно передбачає суб'єктивне оцінювання або соціально бажані відповіді.

Рекрутацію учасників проводили із використанням електронних систем та соціальних мереж, пацієнтських груп. Це могло обмежити доступ до опитування пацієнтів з нещодавно встановленим діагнозом, які ще не мали досвіду долучатися до відповідних сторінок профільних організацій та пацієнтських груп. Також обмеження могло стосуватися літніх людей чи тих, хто не є активним користувачем електронних та соціальних мереж та пацієнтських груп. Тому результати дослідження не повністю можуть бути екстрапольовані на всю популяцію онкологічних пацієнтів чи всіх фахівців.

Хоча запит до НСЗУ був максимально деталізований і містив розширений набір показників, однак цей масив даних може мати суттєві методологічні обмеження, пов'язані як з повнотою, типом, якістю введення даних у закладах, так і з обмеженнями самої системи ЕСОЗ. Це впливає на можливість відтворити реабілітаційний маршрут, може бути причиною системних розбіжностей між регіонами та ЗОЗ, та похибок у даних щодо фіксування епізодів, втручань, ускладнень.

Додаток 1. Результати анкетування фахівців

Таблиця 1

Питання	n респондентів, які дали відповідь на це питання	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Частка осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів,
Область (географічний регіон), де ви працюєте	99	Івано-Франківська	4	4,0%
		Волинська	3	3,0%
		Вінницька	3	3,0%
		Дніпровська	11	11,1%
		Житомирська	6	6,1%
		Закарпатська	1	1,0%
		Запорізька	2	2,0%
		Київська	18	18,2%
		Кіровоградська	6	6,1%
		Луганська	2	2,0%
		Львівська	11	11,1%
		Одеська	3	3,0%
		Полтавська	4	4,0%
		Рівненська	6	6,1%
		Сумська	3	3,0%
		Тернопільська	1	1,0%
		Харківська	2	2,0%
		Хмельницька	1	1,0%
		Черкаська	8	8,1%
		Чернівецька	3	3,0%
		Чернігівська	1	1,0%
Освітній рівень (найвищий)	97	бакалавр	9	9,3%
		доктор філософії	5	5,2%
		магістр	68	70,1%
		молодший бакалавр	6	6,2%
		інтернатура	9	9,3%
Участь у програмах підвищення кваліфікації з онкореабілітації за останні 3 роки	98	ні	68	69,4%
		так	23	23,5%
		інше	7	7,1%
Тип закладу охорони здоров'я в спроможній мережі	99	загальний	31	31,3%
		кластерний	28	28,3%
		надкластерний багатопрофільний	31	31,3%
		не є частиною мережі	9	9,1%
Формат надання послуги з реабілітації	99	В рамках мультидисциплінарної команди (МДРК), як працівник відділення реабілітації	69	69,7%
		Не маю відношення до надання послуг з реабілітації	2	2,0%
		Як працівник кабінету реабілітації	12	12,1%
		Як фахівець відділення ЗОЗ	16	16,2%
Чи змінилася кількість пацієнтів, які отримують медичну та/або реабілітаційну допомогу (зокрема пацієнти із пізніми стадіями чи внутрішньо переміщені особи)?	97	Без змін	12	12,4%
		Важко відповісти	22	22,7%
		Значно збільшилася	29	29,9%
		Помірно збільшилася	32	33,0%
		Помірно зменшилася	2	2,1%
Чи мали ви випадки переривання або незавершеного лікування та/або реабілітації через воєнні обставини?	96	Без змін	40	41,7%
		Важко відповісти	20	20,8%
		Значно збільшилася	8	8,3%
		Значно зменшилася	2	2,1%
		Помірно збільшилася	24	25,0%
Чи змінилася доступність медичних та/або реабілітаційних ресурсів (медикаменти, обладнання, персонал)?	97	Помірно зменшилася	2	2,1%
		Без змін	20	20,6%
		Важко відповісти	11	11,3%
		Значно збільшилася	26	26,8%
		Значно зменшилася	3	3,1%
		Помірно збільшилася	30	30,9%
		Помірно зменшилася	7	7,2%

Таблиця 2

Питання	n	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Частка осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
Які вікові групи пацієнтів лікуються у вашому відділенні інтенсивної терапії?	73	всі вікові групи	20	27%
		дорослі пацієнти	41	56%
		діти	12	16%
		Ні	100	60%
	166			

Чи працюють у вашому ЗОЗ фахівці з реабілітації? Якщо так, відзначте, які саме і кількість (якщо ви точно не знаєте, вкажіть орієнтовну) - Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини		Так	66	40%
Відзначте, які саме фахівці з реабілітації працюють у вашому ЗОЗ?	73	Асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів Ерготерапевти Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини Протезисти-ортезисти Психологи, психотерапевти Сестри медичні з реабілітації Терапевти мови і мовлення Фізичні терапевти	67 71 166 48 68 62 66 69	
Чи доступні у вашому закладі послуги реабілітації для онкопациєнтів?	72	Так, надаються окремі втручання фахівцями з реабілітації, але немає мультидисциплінарної програми реабілітації Частково, надаються фрагментарно і у більшості не фахівцями з реабілітації Ні, не надаються Так, надаються фахівцями з реабілітації у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди	13 6 4 49	18% 8% 6% 68%
Який механізм направлення використовується для початку стаціонарної реабілітації у вашому закладі? (мультивибір)	70	Реабілітація розпочинається лише після індивідуального направлення. Використовується направлення у відділення реабілітації на стаціонарну реабілітацію Використовується направлення у відділення реабілітації на амбулаторну реабілітацію У нас є внутрішня процедура, яка дозволяє направляти всіх пацієнтів, що потребують реабілітації, без оформлення індивідуальних направлень. Пацієнти автоматично спостерігаються фахівцем з реабілітації без будь-якого направлення.	23 25 35 12 6	33 36 50 17 9
Який механізм направлення використовується для початку амбулаторної реабілітації у вашому закладі?	69	Амбулаторна реабілітація розпочинається лише після індивідуального направлення (е-направлення). Використовується одне загальне направлення для відкриття епізоду, а окремі послуги надаються за додатковими направленнями. У нас є внутрішня процедура, яка дозволяє направляти всіх пацієнтів, що потребують реабілітації, без оформлення індивідуальних направлень. Пацієнти можуть напряму звернутися до фахівця з реабілітації без будь-якого направлення.	55 16 4 8	80% 23% 6% 12%
Як швидко після встановлення діагнозу / операції / лікування пацієнт реально отримує доступ до реабілітаційних послуг у вашому закладі?	68	Взагалі не отримують доступу Протягом перших 3 днів Протягом першого місяця Протягом першого тижня Пізніше ніж через 3 місяці У день встановлення діагнозу / проведення операції / початку лікування Через 1-3 місяці	1 17 8 15 7 8 12	1% 25% 12% 22% 10% 12% 18%
Чи існують черги на отримання стаціонарної реабілітації у вашому закладі?	69	Ні Так (вкажіть який термін очікування в середньому у тижнях)	44 25	64% 36%
Чи існують черги на отримання амбулаторної реабілітації у вашому закладі?	67	Ні Так (вкажіть який термін очікування в середньому у тижнях)	38 29	57% 43%
Чи існує спеціально облаштоване приміщення для реабілітації в закладі?	67	Ні Так Частково	4 54 9	6% 81% 13%
Як фінансуються послуги з реабілітації у закладі? (мультивибір)	67	Доступні додаткові платні послуги з реабілітації для пацієнтів Послуги з реабілітації відсутні Послуги з реабілітації фінансуються закладом з додаткових джерел (для пацієнта безкоштовна) Послуги з реабілітації фінансуються у межах пакетів медичних гарантів	21 1 13 59	31% 1% 19% 88%

Таблиця 3

Питання	п респондентів, які дали відповідь на це питання	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Відсоток осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
Кількість онкологічних пацієнтів з якими ви в середньому працюєте впродовж місяця (14,6±14,9 осіб; max-min: 41-0 осіб)	42	від 0 до 5 6-10 11-20 21-30 31-40 більше 40	16 9 8 0 0 9	38,1% 21,4% 19,0% 0,0% 0,0% 21,4%
Пацієнти з якими локалізаціями злоякісних новоутворень найчастіше направляються на отримання реабілітаційних послуг (до вас, у відділення)?		Інші уточнені локалізації раку Анус Вульва Головний мозок Гортань Губа, ротова порожнина Жовчний міхур Кістки Лейкемія Лімфома Годжкіна Меланома шкіри Множинна міелома Молочна залоза Неуточнені локалізації Неходжкінська лімфома Нирка	9 2 2 19 5 2 3 14 4 10 12 4 34 5 3 5	21,4% 4,8% 4,8% 45,2% 11,9% 4,8% 7,1% 33,3% 9,5% 23,8% 28,6% 9,5% 81,0% 11,9% 7,1% 11,9%

		Носоглотка	1	2,4%
		Ободова кишка	5	11,9%
		Передміхурова залоза (простата)	9	21,4%
		Печінка та жовчні протоки	4	9,5%
		Пряма кишка	8	19,0%
		Підшлункова залоза	7	16,7%
		Піхва	3	7,1%
		Ротоглотка	6	14,3%
		Саркома Капоші	2	4,8%
		Сечовий міхур	5	11,9%
		Слинні залози	2	4,8%
		Спинний мозок	12	28,6%
		Стравохід	2	4,8%
		Трахея, бронхи та легеня	12	28,6%
		Тіло матки	13	31,0%
		Шийка матки	16	38,1%
		Шлунок	13	31,0%
		Щитоподібна залоза	6	14,3%
		Яєчко	1	2,4%
На якому етапі пацієнтів з онкологічними захворюваннями направляють на отримання реабілітаційних послуг? (мультивибір)	42	Довготривалий нагляд	24	57,1%
		Паліативна допомога	17	40,5%
		Преабілітація (до початку специфічного лікування)	9	21,4%
		При рецидиві / прогресуванні хвороби	8	19,0%
		Під час перебування у відділенні реанімації	11	26,2%
		Під час променевої терапії	15	35,7%
		Під час хіміотерапії	14	33,3%
		Під час хірургічного лікування / періопераційно	8	19,0%
Хто є керівником онкологічної реабілітаційної служби у вашому закладі?	42	Після завершення специфічного лікування (ранній післягострий період)	34	81,0%
		Інше	8	19,0%
		Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	25	59,5%
		Спеціаліст суміжних медичних професій	4	9,5%
		Фізичний терапевт	5	11,9%
Чи надає ваша реабілітаційна програма спеціалізовану допомогу пацієнтам з прогресуючим раком або тим, хто потребує паліативної допомоги (наприклад, планування кінця життя, контроль симптомів)?	44	Ні (не надаємо і не направляємо)	8	18,2%
		Ні, але направляємо до зовнішньої паліативної служби	15	34,1%
		Так, надаємо повний спектр (контроль симптомів, реабілітація в паліативі, підтримка родини)	8	18,2%
		Так, надаємо частково	13	29,5%
Тривалість курсу/епізоду реабілітації у стаціонарі (у середньому)	40	2-3 тижня	20	50,0%
		3-4 тижня	5	12,5%
		більше місяця	2	5,0%
		від 1 до 2 тижнів	7	17,5%
		до 1 тижня	6	15,0%

Таблиця 4

Оцінювання фахівцями потреб пацієнтів у реабілітаційних втручаннях

Втручання	п респонде нтів, які дали відповідь на це питання	1 Особи (%)	2 Особи (%)	3 Особи (%)	4 Особи (%)	5 Особи (%)	mean	stdev
Консультація лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини	36	0 (0.0%)	4 (11.1%)	5 (13.9%)	11 (30.6%)	16 (44.4%)	4,1	1,0
Консультація фізичного терапевта	39	0 (0.0%)	1 (2.6%)	3 (7.7%)	12 (30.8%)	23 (59.0%)	4,5	0,8
Консультація ерготерапевта	40	0 (0.0%)	2 (5.0%)	6 (15.0%)	13 (32.5%)	19 (47.5%)	4,2	0,9
Консультація терапевта мови та мовлення (логопеда)	35	0 (0.0%)	7 (20.0%)	13 (37.1%)	9 (25.7%)	6 (17.1%)	3,4	1,0
Консультація лікаря-фізіотерапевта	30	14 (46.7%)	9 (30.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	1,9	1,1
Консультація лікаря з лікувальної фізкультури	28	17 (60.7%)	5 (17.9%)	3 (10.7%)	3 (10.7%)	0 (0.0%)	1,7	1,0
Консультація психолога / психотерапевта	36	0 (0.0%)	1 (2.8%)	6 (16.7%)	13 (36.1%)	16 (44.4%)	4,2	0,8
Консультація дієтолога / нутріціолога	30	2 (6.7%)	4 (13.3%)	13 (43.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)	3,2	1,1
Фізична терапія	36	0 (0.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	13 (36.1%)	22 (61.1%)	4,6	0,7
Ерготерапія	37	0 (0.0%)	2 (5.4%)	2 (5.4%)	13 (35.1%)	20 (54.1%)	4,4	0,8
Терапія мови та мовлення	34	0 (0.0%)	3 (8.8%)	14 (41.2%)	8 (23.5%)	9 (26.5%)	3,7	1,0
Нутриційна підтримка	29	1 (3.4%)	6 (20.7%)	9 (31.0%)	6 (20.7%)	7 (24.1%)	3,4	1,2
Психологічна підтримка	32	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (15.6%)	12 (37.5%)	15 (46.9%)	4,3	0,7
Оцінювання комунікативних навичок	30	0 (0.0%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)	16 (53.3%)	6 (20.0%)	3,8	0,9

Оцінювання мовлення, мови	31	0 (0.0%)	3 (9.7%)	10 (32.3%)	11 (35.5%)	7 (22.6%)	3,7	0,9
Оцінювання ковтання	31	0 (0.0%)	5 (16.1%)	10 (32.3%)	9 (29.0%)	7 (22.6%)	3,6	1,0
Координація ведення пацієнта	29	0 (0.0%)	2 (6.9%)	6 (20.7%)	13 (44.8%)	8 (27.6%)	3,9	0,9
Гідрокінезотерапія / тренування у воді	28	11 (39.3%)	8 (28.6%)	3 (10.7%)	4 (14.3%)	2 (7.1%)	2,2	1,3
Менеджмент лімфостазу	33	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (12.1%)	10 (30.3%)	19 (57.6%)	4,5	0,7
Медикаментозна підтримка в межах реабілітаційної програми	29	1 (3.4%)	3 (10.3%)	8 (27.6%)	10 (34.5%)	7 (24.1%)	3,7	1,1
Мобілізація та мануальні техніки	32	0 (0.0%)	1 (3.1%)	11 (34.4%)	13 (40.6%)	7 (21.9%)	3,8	0,8
Акупунктура	29	17 (58.6%)	9 (31.0%)	1 (3.4%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	1,6	0,9
Лікувальний масаж або терапевтична маніпуляція щодо сполучної/м'яких тканин	29	4 (13.8%)	4 (13.8%)	9 (31.0%)	11 (37.9%)	1 (3.4%)	3,0	1,1
Ігрова / рекреаційна терапія	30	5 (16.7%)	9 (30.0%)	10 (33.3%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)	2,6	1,1
Лікувальна фізична культура (ЛФК)	30	9 (30.0%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	8 (26.7%)	8 (26.7%)	3,1	1,6
Масаж (уточніть який)	29	8 (27.6%)	4 (13.8%)	6 (20.7%)	10 (34.5%)	1 (3.4%)	2,7	1,3
Апаратна фізіотерапія	31	8 (25.8%)	6 (19.4%)	12 (38.7%)	5 (16.1%)	0 (0.0%)	2,5	1,1
Телереабілітація	31	4 (12.9%)	9 (29.0%)	11 (35.5%)	6 (19.4%)	1 (3.2%)	2,7	1,0
Рання мобілізація у відділенні реанімації та інтенсивної терапії	30	0 (0.0%)	4 (13.3%)	7 (23.3%)	9 (30.0%)	10 (33.3%)	3,8	1,1
Підбір, адаптація, навчання користувачу додатковими засобами реабілітації (ДЗР)	31	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (29.0%)	14 (45.2%)	8 (25.8%)	4,0	0,8
Освіта для пацієнтів та їх родичів/ опікунів/ доглядальників	32	0 (0.0%)	1 (3.1%)	4 (12.5%)	14 (43.8%)	13 (40.6%)	4,2	0,8
Соціальні послуги (юридичні, соціально-побутові, групи взаємодопомоги)	31	1 (3.2%)	3 (9.7%)	8 (25.8%)	14 (45.2%)	5 (16.1%)	3,6	1,0
Планування кінця життя (advance care planning) у складі мультидисциплінарної команди	31	1 (3.2%)	3 (9.7%)	16 (51.6%)	6 (19.4%)	5 (16.1%)	3,4	1,0
Маршрутизація пацієнта з чіткими рекомендаціями та скеруваннями для подальшої реабілітації	31	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (25.8%)	14 (45.2%)	9 (29.0%)	4,0	0,8
Які реабілітаційні втручання найбільш потрібні - Інше (вказіть)	0	0 (nan%)	0 (nan%)	0 (nan%)	0 (nan%)	0 (nan%)		

Таблиця 5

Впроваджені втручання

Питання	п респондентів, які дали відповідь на це питання	0 не застосовують	1 - застосовують епізодично	2 - часто застосовують	3 - постійно застосовують
Консультація лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини	61	1 (1.6%)	7 (11.5%)	11 (18.0%)	42 (68.9%)
Консультація фізичного терапевта	61	0 (0.0%)	2 (3.3%)	17 (27.9%)	42 (68.9%)
Консультація ерготерапевта	63	1 (1.6%)	4 (6.3%)	21 (33.3%)	37 (58.7%)
Консультація терапевта мови та мовлення (логопеда)	57	4 (7.0%)	22 (38.6%)	19 (33.3%)	12 (21.1%)
Консультація лікаря-фізіотерапевта	48	31 (64.6%)	5 (10.4%)	8 (16.7%)	4 (8.3%)
Консультація лікаря з лікувальної фізкультури	44	35 (79.5%)	3 (6.8%)	3 (6.8%)	3 (6.8%)
Консультація психолога / психотерапевта	59	1 (1.7%)	11 (18.6%)	25 (42.4%)	22 (37.3%)
Консультація дієтолога / нутриціолога	46	28 (60.9%)	10 (21.7%)	4 (8.7%)	4 (8.7%)
Фізична терапія	57	0 (0.0%)	2 (3.5%)	14 (24.6%)	41 (71.9%)
Ерготерапія	56	1 (1.8%)	3 (5.4%)	16 (28.6%)	36 (64.3%)
Терапія мови та мовлення	55	3 (5.5%)	18 (32.7%)	22 (40.0%)	12 (21.8%)
Нутриційна підтримка	44	23 (52.3%)	12 (27.3%)	7 (15.9%)	2 (4.5%)
Психологічна підтримка	57	0 (0.0%)	11 (19.3%)	22 (38.6%)	24 (42.1%)
Оцінювання комунікативних навичок	45	2 (4.4%)	8 (17.8%)	18 (40.0%)	17 (37.8%)
Оцінювання мовлення, мови	50	2 (4.0%)	16 (32.0%)	17 (34.0%)	15 (30.0%)
Оцінювання ковтання	49	1 (2.0%)	19 (38.8%)	15 (30.6%)	14 (28.6%)
Координація ведення пацієнта	44	3 (6.8%)	7 (15.9%)	17 (38.6%)	17 (38.6%)
Гідрокінезотерапія / тренування у воді	43	34 (79.1%)	7 (16.3%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
Менеджмент лімфостазу	48	4 (8.3%)	12 (25.0%)	18 (37.5%)	14 (29.2%)
Медикаментозна підтримка в межах реабілітаційної програми	45	8 (17.8%)	19 (42.2%)	10 (22.2%)	8 (17.8%)
Мобілізація та мануальні техніки	49	2 (4.1%)	7 (14.3%)	25 (51.0%)	15 (30.6%)
Акупунктура	44	34 (77.3%)	7 (15.9%)	1 (2.3%)	2 (4.5%)
Лікувальний масаж або терапевтична маніпуляція щодо сполучної/м'яких тканин	50	8 (16.0%)	15 (30.0%)	18 (36.0%)	9 (18.0%)
Ігрова / рекреаційна терапія	47	13 (27.7%)	10 (21.3%)	19 (40.4%)	5 (10.6%)
Лікувальна фізична культура (ЛФК)	51	13 (25.5%)	5 (9.8%)	12 (23.5%)	21 (41.2%)
Масаж (уточніть який)	43	12 (27.9%)	17 (39.5%)	10 (23.3%)	4 (9.3%)
Апаратна фізіотерапія	49	10 (20.4%)	17 (34.7%)	15 (30.6%)	7 (14.3%)
Телереабілітація	43	14 (32.6%)	21 (48.8%)	7 (16.3%)	1 (2.3%)
Рання мобілізація у відділенні реанімації та інтенсивної терапії	46	8 (17.4%)	15 (32.6%)	13 (28.3%)	10 (21.7%)
Підбір, адаптація, навчання користувачу додатковими засобами реабілітації (ДЗР)	50	0 (0.0%)	10 (20.0%)	22 (44.0%)	18 (36.0%)
Освіта для пацієнтів та їх родичів/ опікунів/ доглядальників	50	1 (2.0%)	4 (8.0%)	22 (44.0%)	23 (46.0%)
Соціальні послуги (юридичні, соціально-побутові, групи взаємодопомоги)	43	14 (32.6%)	16 (37.2%)	4 (9.3%)	9 (20.9%)
Планування кінця життя (advance care planning) у складі мультидисциплінарної команди	44	23 (52.3%)	11 (25.0%)	5 (11.4%)	5 (11.4%)
Маршрутизація пацієнта з чіткими рекомендаціями та скеруваннями для подальшої реабілітації	48	1 (2.1%)	10 (20.8%)	18 (37.5%)	19 (39.6%)
Інше	8	6 (75.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)

Таблиця 6

Оцінювання підвищення кваліфікації (навчання) фахівців щодо втручань з реабілітації

Питання	Ні	Так	Не входить в сферу практики	Частково
Ігрова / рекреаційна терапія	12	7	2	8
Ігрова терапія	9	10	5	5
Психотерапевтичні втручання	9	9	6	6
Адаптація робочого й побутового середовища (оцінка бар'єрів, підбір модифікацій)	4	20	3	5
Акупунктура	21	1	2	1
Апаратна фізіотерапія	11	9	4	6
Арт-терапія	10	8	7	6
Вибір формату: стаціонар, амбулаторія, телереабілітація, домашні візити	4	16	1	9
Визначення цілей реабілітації (коротко- та довгострокових)	1	30		3
Використання ортезів	3	18	2	8
Вимірювання амплітуди рухів / м'язове тестування		32	1	4
Гідротерапія/ тренування у воді	20	1	1	3
Додаткове пероральне харчування	12	5	9	5
Документування реабілітаційних втручань	6	104		24
Документування реабілітаційного обстеження	1	26		7
Документування результатів реабілітаційного обстеження	1	29		5
Дієтотерапія / супровід харчування	8	6	6	10
Когнітивно-поведінкова терапія	7	13	5	7
Консультації щодо реабілітації	5	25		6
Контроль ефективності й переоцінювання втручань	4	17	1	10
Координація ведення пацієнта за реабілітаційним маршрутом	7	15	1	8
Координація мультидисциплінарної команди	6	20		6
Кріотерапія	19	2	3	1
Лікувальна фізична культура (ЛФК)	7	17	3	5
Маніпуляції/мобілізації суглобів		28		3
Маршрутизація пацієнта з чіткими рекомендаціями та скеруваннями для подальшої реабілітації	6	15	1	10
Масаж	7	11	4	9
Медикаментозна підтримка у межах реабілітаційної програми	6	10	9	6
Менеджмент болю	2	21		9
Менеджмент втоми (fatigue management)	7	15	2	6
Менеджмент лімфостазу	6	15		9
Менеджмент лімфостазу у поєднанні з компресійними техніками	3	16		12
Менеджмент периферичної нейропатії	4	18	1	9
Менеджмент саркопенії та кахексії	11	12	2	4
Навчання профілактиці ускладнень (пролежні, інфекції, тромбози)	1	25		7
Освіта для пацієнтів та їх родичів/ опікунів/ доглядальників	3	18	2	8
Оцінювання активностей повсякденного життя (ADL/IADL шкали)	2	27	1	4
Оцінка психоемоційного стану (тривога, депресія, когнітивний скринінг)	3	18	4	8
Оцінювання дихальної функції	3	24	1	6
Оцінювання ковтання та орофарингеальної функції	7	14	6	5
Оцінювання комунікативних навичок	5	18	3	7
Оцінювання мови	7	16	6	3
Оцінювання мовлення	7	16	6	4
Оцінювання толерантності до навантажень	2	22		12
Оцінювання функцій		28	2	4
Парентеральне харчування	14	5	9	2
Планування втручань реабілітаційних за участю пацієнта та сім'ї	1	24		6
Планування кінця життя (advance care planning) у складі мультидисциплінарної команди	15	3	8	2
Постуральний менеджмент (позиціонування у ліжку, профілактика контрактур, пролежнів)		28		3
Психодинамічна психотерапія	10	9	6	6
Психосвіта	9	10	9	4
Підбір та налаштування допоміжних засобів реабілітації		27	1	6
Підтримка благополуччя	9	9	4	6
Підтримуюча психотерапія	7	11	8	6
Рання мобілізація у відділенні реанімації та інтенсивної терапії	6	15	2	8
Респіраторна реабілітація	1	24		7
Розподіл ролей у команді, призначення відповідального координатора	3	20	2	7
Розширене оцінювання когнітивно-мовні (семантика, пам'ять, увага, читання, письмо, навчальні навички тощо)	5	17	5	5
Складання індивідуального реабілітаційного плану (ІПР)	2	28		3
Соціальні послуги (юридичні, соціально-побутові, групи взаємодопомоги)	10	8	10	2
Телереабілітація	14	5	1	8
Теплотерапія	16	3	3	1
Терапевтичні вправи (у т.ч. для серцево-судинної системи)	2	24	1	6
Тренування батьківських навичок	12	6	5	6
Тренування дрібної моторики та функції руки	1	24	2	6
Тренування ергономіки	9	11	4	7

Тренування користування допоміжними засобами реабілітації			25	1	6
Тренування мовлення, артикуляції, плавності, мови		8	12	8	3
Тренування навичок ведення домашнього господарства		6	18	3	4
Тренування навичок переміщення		1	29		4
Тренування навичок положення та рухів тіла		1	27	1	5
Тренування навичок підтримання здоров'я		1	22	2	6
Тренування навичок самообслуговування			27	3	5
Тренування професійних навичок		9	8	4	9
Тренування рівноваги		1	29		5
Тренування тазового дна та сечового міхура (контроль континенції)		9	15		8
Тренування ходьби			31		4
Функціональне оцінювання		1	24	2	6

Таблиця 7

Питання	n респондентів, які дали відповідь на це питання	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Відсоток осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
Чи проводить ваша організація / підрозділ освітні, наукові заходи для підвищення обізнаності та знань про онкологічну реабілітацію? Чи виконує ваша організація / підрозділ адвокаційну діяльність для просування онкологічної реабілітації? Які заходи у межах вашої реабілітаційної програми, на вашу думку, сприяють формуванню найкращої клінічної практики?	49	Ні	28	57,1%
		Так	21	42,9%
	51	Ні	38	74,5%
		Так	13	25,5%
	44	Жодні	8	18,2%

Таблиця 8

Які категорії пацієнтів, на вашу думку, мають найбільші незадоволені реабілітаційні потреби

Втручання	п респонде нтів, які дали відповідь на це питання	1 Особі (%)	2 Особі (%)	3 Особі (%)	4 Особі (%)	5 Особі (%)	mea n	stdev
Пацієнти після хірургічного лікування	28	2 (7.1%)	6 (21.4%)	13 (46.4%)	6 (21.4%)	1 (3.6%)	2,9	0,9
Пацієнти після хіміотерапії	30	2 (6.7%)	7 (23.3%)	10 (33.3%)	6 (20.0%)	5 (16.7%)	3,2	1,2
Пацієнти після променевої терапії	30	3 (10.0%)	7 (23.3%)	11 (36.7%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	3,0	1,2
Пацієнти з лімфостазом	32	2 (6.2%)	5 (15.6%)	16 (50.0%)	4 (12.5%)	5 (15.6%)	3,2	1,1
Пацієнти з хронічним болем	32	2 (6.2%)	5 (15.6%)	11 (34.4%)	8 (25.0%)	6 (18.8%)	3,3	1,2
Пацієнти з вираженою втомою та виснаженням	33	2 (6.1%)	4 (12.1%)	11 (33.3%)	8 (24.2%)	8 (24.2%)	3,5	1,2
Пацієнти похилого віку	30	3 (10.0%)	4 (13.3%)	12 (40.0%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)	3,2	1,1
Пацієнти з вираженими психологічними проблемами (депресія, тривожність, соціальна ізоляція)	31	1 (3.2%)	4 (12.9%)	14 (45.2%)	8 (25.8%)	4 (12.9%)	3,3	1,0
Пацієнти з віддалених населених пунктів (із складним доступом до послуг)	34	2 (5.9%)	3 (8.8%)	8 (23.5%)	8 (23.5%)	13 (38.2%)	3,8	1,2
Пацієнти з низьким рівнем соціальної або сімейної підтримки	33	1 (3.0%)	4 (12.1%)	11 (33.3%)	10 (30.3%)	7 (21.2%)	3,5	1,1
Пацієнти з дисфагією/розладами мови та мовлення	28	1 (3.6%)	9 (32.1%)	9 (32.1%)	7 (25.0%)	2 (7.1%)	3,0	1,0
Пацієнти з периферичною нейропатією	30	2 (6.7%)	4 (13.3%)	16 (53.3%)	5 (16.7%)	3 (10.0%)	3,1	1,0
Пацієнти після мастектомії	30	2 (6.7%)	6 (20.0%)	13 (43.3%)	6 (20.0%)	3 (10.0%)	3,1	1,0
Пацієнти після операцій на верхній кінцівці	28	2 (7.1%)	6 (21.4%)	13 (46.4%)	4 (14.3%)	3 (10.7%)	3,0	1,1
Пацієнти з важкими когнітивними порушеннями	30	2 (6.7%)	4 (13.3%)	13 (43.3%)	6 (20.0%)	5 (16.7%)	3,3	1,1
Інше	1	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1,0	

Таблиця 9

Етапи лікування на яких потреби у реабілітації є найбільше невирішеними

Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Відсоток осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
Довготривалий нагляд / Survivorship	14	35,0%
Паліативна допомога	22	55,0%
Преабілітація (до початку специфічного лікування)	24	60,0%
При рецидиві / прогресуванні хвороби	13	32,5%
Під час перебування у відділенні реанімації	18	45,0%
Під час променевої терапії	21	52,5%
Під час хіміотерапії	23	57,5%
Під час хірургічного лікування / періопераційно	21	52,5%
Після завершення специфічного лікування (ранній післягострий період)	14	35,0%

Таблиця 10

Основні бар'єри, що обмежують участь онкопацієнтів у реабілітації у ЗОЗ

Питання	п респонде нтів, які дали відповідь на це питання	1	2	3	4	5	M	Sd
Недостатнє фінансування	36	4 (11.1%)	3 (8.3%)	5 (13.9%)	8 (22.2%)	16 (44.4%)	3,8	1,4
Недостатність фахівців з реабілітації	37	4 (10.8%)	4 (10.8%)	7 (18.9%)	11 (29.7%)	11 (29.7%)	3,6	1,3
Обмежені можливості участі людей, які живуть із раком під час проходження лікування	37	2 (5.4%)	5 (13.5%)	14 (37.8%)	10 (27.0%)	6 (16.2%)	3,4	1,1
Відсутність інтеграції реабілітаційних послуг у програми гострої онкологічної допомоги та недостатня співпраця між службами	35	2 (5.7%)	3 (8.6%)	9 (25.7%)	11 (31.4%)	10 (28.6%)	3,7	1,2
Низький рівень обізнаності та розуміння переваг онкологічної реабілітації	40	1 (2.5%)	4 (10.0%)	8 (20.0%)	13 (32.5%)	14 (35.0%)	3,9	1,1
Відсутність фахових знань у персоналу	37	4 (10.8%)	7 (18.9%)	6 (16.2%)	10 (27.0%)	10 (27.0%)	3,4	1,4
Обмежений доступ до спеціалізованого навчання з онкореабілітації	39	1 (2.6%)	6 (15.4%)	5 (12.8%)	12 (30.8%)	15 (38.5%)	3,9	1,2
Відсутність відділення реабілітації	35	12 (34.3%)	4 (11.4%)	4 (11.4%)	8 (22.9%)	7 (20.0%)	2,8	1,6
Обмеження фінансування онкореабілітації (зокрема за пакетами медичних гарантій)	34	2 (5.9%)	0 (0.0%)	6 (17.6%)	16 (47.1%)	10 (29.4%)	3,9	1,0
Нестача обладнання/витратних матеріалів	31	3 (9.7%)	6 (19.4%)	8 (25.8%)	8 (25.8%)	6 (19.4%)	3,3	1,3
Інше	2	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	5,0	0,0

Таблиця 11

Питання	п респонде нтів, які дали відповідь на це питання	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Відсоток осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
Потреби в інтервенціях для покращення якості онкологічної допомоги	43	Ведення блогу або присутність установи в соціальних мережах (Facebook, Instagram тощо)	18	41,9%
		Візити/майстер-класи провідних фахівців у галузі	31	72,1%
		Дотримання міжнародних стандартів онкологічної допомоги	32	74,4%
		Дотримання національних стандартів онкологічної допомоги	23	53,5%
		Забезпечення інформаційної підтримки	25	58,1%

		Закупівля комп'ютерів та впровадження електронної системи ведення медичної документації	14	32,6%
		Закупівля сучасного медичного обладнання	22	51,2%
		Залучення до медичних наукових досліджень	28	65,1%
		Запровадження мультидисциплінарного підходу до онкологічної допомоги	31	72,1%
		Запровадження системи збору, аналізу та контролю даних в електронній системі охорони здоров'я	11	25,6%
		Збільшення кількості медичних сестер	14	32,6%
		Збільшення кількості фахівців у штаті	21	48,8%
		Значне підвищення заробітної плати	28	65,1%
		Клінічні стажування	23	53,5%
		Належна соціальна та психологічна підтримка онкопацієнтів і їхніх родин	29	67,4%
		Поліпшення додипломної освіти	17	39,5%
		Посилення стратегій первинної та вторинної профілактики онкозахворювань	23	53,5%
		Реалізація національної стратегії боротьби з раком	24	55,8%
		Регулярна оцінка якості послуг, що надаються онкопацієнтам	19	44,2%
		Розширення спектру лабораторних послуг, включаючи генетичне та імуногістохімічне тестування	17	39,5%
		Ширше впровадження втручань	14	32,6%
Основні чинники, які сприяють впровадженню комплексної програми онкологічної реабілітації у вашій організації	44	ресурсів	29	65,9%
		Висока мотивація персоналу розвивати послуги з реабілітації та надавати якісну реабілітацію пацієнтам	30	68,2%
		Збільшення фінансування	29	65,9%
		Краща інтеграція реабілітації в межах служб гострої онкологічної допомоги	25	56,8%
		Наявність висококваліфікованих фахівців з реабілітації	26	59,1%
		Наявність лідерів/амбасадорів з навичками управління	24	54,5%
		Наявність можливостей підвищувати кваліфікацію	32	72,7%
		Оптимізовані маршрути направлення та централізовані скринінгові шляхи для доступу до реабілітації	20	45,5%
		Покращення освіти та обізнаності щодо переваг програм онкореабілітації	28	63,6%
		Поліпшення доступу пацієнтів до кваліфікованого персоналу	23	52,3%
		Підтримка керівництва до розвитку онкореабілітації у закладі	28	63,6%
		Створення комплексних програм онкологічної реабілітації у різних закладах	23	52,3%

Додаток 2. Результати анкетування пацієнтів

Таблиця 12

[illegible]

Таблиця 13

Питання	п респондентів, які дали відповідь на це питання	Варіанти відповідей	Кількість осіб, що обрали відповідь	Відсоток осіб, що обрали відповідь від загальної кількості респондентів, що дали відповідь на це питання
На яких етапах лікування ви отримували послуги з реабілітації?	286	Інше	14	4,9%
		Амбулаторно, паралельно отримуючи основне лікування	11	3,8%
		Домашня реабілітація (приватно)	39	13,6%
		Перебування у відділенні реанімації	10	3,5%
		Реабілітація (до початку основного лікування)	3	1,0%
		Під час стаціонарного лікування	22	7,7%
		Після завершення основного лікування у відділенні з реабілітації амбулаторно	17	5,9%
		Після завершення основного лікування у відділенні з реабілітації в стаціонарі	4	1,4%
		Реабілітації не було	182	63,6%
		Робота із фахівцем з реабілітації (напр. у приватному кабінеті)	14	4,9%
		Самостійна/онлайн-програма з підтримкою фахівця	12	4,2%
Чи доводилося вам переривати або	205	У вигляді телереабілітації	2	0,7%
		У реабілітаційному центрі (приватно)	9	3,1%
		Інше (вкажіть)	57	27,8%
		Ні	70	34,1%

Відкладати реабілітацію? (можна вказати кілька варіантів відповіді)		Так, з особистих причин (втома, фінанси, сімейні обставини)	41	20,0%
		Так, через воєнні дії (переїзд, небезпека, зруйнована інфраструктура)	4	2,0%
		Так, через медичні причини (ускладнення лікування, стан здоров'я)	22	10,7%
		Так, через організаційні причини (відсутність місць, закриття відділення, нестача фахівців)	11	5,4%
Які основні бар'єри заважали вам отримати реабілітаційні послуги? (можна було обрати кілька варіантів відповідей)	276	Інше (зазначте, що саме)	20	7,2%
		Брак інформації, куди звертатися	123	44,6%
		Висока вартість	22	8,0%
		Відсутність направлення	15	5,4%
		Відсутність послуг у закладі	48	17,4%
		Відсутність фахівців з реабілітації	16	5,8%
		Військові дії (переміщення, небезпека, закриття закладів)	3	1,1%
		Стан здоров'я (стома, ускладнення)	16	5,8%
		Транспортні/логістичні труднощі	12	4,3%
Як ви оцінюєте фінансову доступність реабілітаційних послуг (оплата з власних коштів, безоплатні програми, допомога фондів)?	260	Інше	19	7,3%
		Важко відповісти	84	32,3%
		Переважно оплачую самостійно	25	9,6%
		Повністю безкоштовно	41	15,8%
Яку роль у вашому відновленні відіграли родина та близькі?	285	Повністю оплачую самостійно	60	23,1%
		Частково безкоштовно (за рахунок держави/фондів)	31	11,9%
		Важко відповісти	12	4,2%
		Важливу (час від часу допомагали)	62	21,8%
Чи отримували ваші родичі/доглядальники будь-яку підтримку від фахівців (навчання, психологічна допомога)	286	Дуже важливу (постійна підтримка)	186	65,3%
		Жодної	5	1,8%
		Мінімальну	20	7,0%
		Важко відповісти	6	2,1%
Чи вважаєте Ви, що реабілітація в Україні достатньо враховує потреби онкологічних пацієнтів?	281	Ні	272	95,1%
		Так	8	2,8%
		Частково	56	19,9%
		Ні, без змін	115	41,1%
Чи змінився Ваш доступ до реабілітаційних послуг з початком війни?	280	Так, став гіршим (зменшилась доступність)	18	6,4%
		Так, став кращим (з'явилися нові послуги/програми)	6	2,1%
		Важко відповісти	141	50,4%
		Ні, без змін	115	41,1%

Таблиця 14

Послуга/втручання	Надали відповідь	Потреба	Кількість	Задоволення потреби					
				Задоволення потреби	Мені не пропонували цю послугу/втручання	Мені пропонували та я скористався/лася нею в незначному обсязі	Мені пропонували та я скористався/лася нею в повному обсязі	Мені пропонували цю послугу/втручання, але я не скористався/лася нею	Не вказано
Фізична терапія (терапевтичні вправи, дихальні, рівновага, сила, витривалість тощо)	126	Велика потреба	28	0 (0%)	11.0 (39.3%)	1.0 (3.6%)	2.0 (7.1%)	0 (0%)	14.0 (50.0%)
		Немає/не було потреби	7	0 (0%)	1.0 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6.0 (85.7%)
		Певна потреба	26	0 (0%)	11.0 (42.3%)	1.0 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	14.0 (53.8%)
		Потреба	65	3.0 (4.6%)	27.0 (41.5%)	0 (0%)	1.0 (1.5%)	0 (0%)	34.0 (52.3%)
Ерготерапія (самообслуговування, побут, робота, адаптація середовища тощо)	61	Велика потреба	3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (33.3%)	2.0 (66.7%)
		Немає/не було потреби	32	1.0 (3.1%)	8.0 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23.0 (71.9%)
		Певна потреба	15	0 (0%)	11.0 (73.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.0 (26.7%)
		Потреба	11	0 (0%)	6.0 (54.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5.0 (45.5%)
Терапія мовлення (терапія мовлення, тренування ковтання тощо)	53	Велика потреба	1	0 (0%)	1.0 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Немає/не було потреби	49	0 (0%)	10.0 (20.4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	39.0 (79.6%)
		Певна потреба	1	0 (0%)	1.0 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Потреба	2	1.0 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (50.0%)
Психологічна підтримка	158	Велика потреба	50	2.0 (4.0%)	21.0 (42.0%)	1.0 (2.0%)	2.0 (4.0%)	0 (0%)	24.0 (48.0%)
		Немає/не було потреби	7	0 (0%)	3.0 (42.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.0 (57.1%)
		Певна потреба	36	1.0 (2.8%)	14.0 (38.9%)	2.0 (5.6%)	0 (0%)	2.0 (5.6%)	17.0 (47.2%)
		Потреба	65	1.0 (1.5%)	18.0 (27.7%)	3.0 (4.6%)	1.0 (1.5%)	0 (0%)	42.0 (64.6%)
Послуги соціального працівника	57	Немає/не було потреби	40	0 (0%)	8.0 (20.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (2.5%)	31.0 (77.5%)
		Певна потреба	13	0 (0%)	5.0 (38.5%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (7.7%)	7.0 (53.8%)
		Потреба	4	0 (0%)	3.0 (75.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (25.0%)
Консультації фахівців з реабілітації (лікар)	118	Велика потреба	29	1.0 (3.4%)	9.0 (31.0%)	1.0 (3.4%)	2.0 (6.9%)	0 (0%)	16.0 (55.2%)

фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта та/або ерготерапевта та/або психолога та/або терапевта мови та мовлення)		Немає/ не було потреби	6	1.0 (16.7%)	1.0 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.0 (66.7%)
		Певна потреба	23	0 (0%)	12.0 (52.2%)	2.0 (8.7%)	0 (0%)	0 (0%)	9.0 (39.1%)
		Потреба	60	1.0 (1.7%)	25.0 (41.7%)	0 (0%)	1.0 (1.7%)	0 (0%)	33.0 (55.0%)
Менеджмент лімфостазу (лімфодренаж, компресійна терапія)	109	Велика потреба	36	1.0 (2.8%)	20.0 (55.6%)	1.0 (2.8%)	0 (0%)	0 (0%)	14.0 (38.9%)
		Немає/ не було потреби	13	0 (0%)	3.0 (23.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10.0 (76.9%)
		Певна потреба	20	0 (0%)	5.0 (25.0%)	2.0 (10.0%)	1.0 (5.0%)	0 (0%)	12.0 (60.0%)
		Потреба	40	1.0 (2.5%)	11.0 (27.5%)	1.0 (2.5%)	1.0 (2.5%)	0 (0%)	26.0 (65.0%)
Нутриційна підтримка (дієтотерапія, спеціальне харчування, добавки)	96	Велика потреба	20	0 (0%)	9.0 (45.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11.0 (55.0%)
		Немає/ не було потреби	19	0 (0%)	6.0 (31.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13.0 (68.4%)
		Певна потреба	21	0 (0%)	10.0 (47.6%)	1.0 (4.8%)	1.0 (4.8%)	0 (0%)	9.0 (42.9%)
		Потреба	36	0 (0%)	14.0 (38.9%)	1.0 (2.8%)	0 (0%)	0 (0%)	21.0 (58.3%)
Телереабілітація / дистанційні консультації	68	Велика потреба	8	0 (0%)	2.0 (25.0%)	0 (0%)	1.0 (12.5%)	0 (0%)	5.0 (62.5%)
		Немає/ не було потреби	17	0 (0%)	2.0 (11.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	15.0 (88.2%)
		Певна потреба	13	0 (0%)	8.0 (61.5%)	1.0 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	4.0 (30.8%)
		Потреба	30	1.0 (3.3%)	15.0 (50.0%)	1.0 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)	13.0 (43.3%)
Інше	12	Велика потреба	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (100.0%)
		Немає/ не було потреби	8	0 (0%)	2.0 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6.0 (75.0%)
		Певна потреба	1	0 (0%)	1.0 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
		Потреба	2	0 (0%)	1.0 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (50.0%)
Не отримував/ла жодних реабілітаційних послуг	113	Велика потреба	21	0 (0%)	3.0 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18.0 (85.7%)
		Немає/ не було потреби	11	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11.0 (100.0%)
		Певна потреба	24	0 (0%)	6.0 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18.0 (75.0%)
		Потреба	57	0 (0%)	21.0 (36.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	36.0 (63.2%)
Підбір, налаштування та навчання користуватися додатковими засобами реабілітації	46	Велика потреба	8	0 (0%)	3.0 (37.5%)	1.0 (12.5%)	1.0 (12.5%)	0 (0%)	3.0 (37.5%)
		Немає/ не було потреби	20	0 (0%)	4.0 (20.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16.0 (80.0%)
		Певна потреба	6	0 (0%)	4.0 (66.7%)	0 (0%)	1.0 (16.7%)	0 (0%)	1.0 (16.7%)
		Потреба	12	0 (0%)	6.0 (50.0%)	1.0 (8.3%)	0 (0%)	0 (0%)	5.0 (41.7%)
Масаж (не лімфодренажний)	68	Велика потреба	11	0 (0%)	6.0 (54.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5.0 (45.5%)
		Немає/ не було потреби	14	0 (0%)	2.0 (14.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12.0 (85.7%)
		Певна потреба	12	1.0 (8.3%)	6.0 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5.0 (41.7%)
		Потреба	31	1.0 (3.2%)	15.0 (48.4%)	0 (0%)	1.0 (3.2%)	0 (0%)	14.0 (45.2%)
Апаратна фізіотерапія (електрофорез, магнітотерапія тощо)	42	Велика потреба	3	0 (0%)	1.0 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2.0 (66.7%)
		Немає/ не було потреби	25	0 (0%)	9.0 (36.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16.0 (64.0%)
		Певна потреба	8	0 (0%)	4.0 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4.0 (50.0%)
		Потреба	6	0 (0%)	2.0 (33.3%)	1.0 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	3.0 (50.0%)
Акупунктура	39	Велика потреба	3	0 (0%)	2.0 (66.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1.0 (33.3%)
		Немає/ не було потреби	25	0 (0%)	10.0 (40.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	15.0 (60.0%)
		Певна потреба	6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6.0 (100.0%)
		Потреба	5	0 (0%)	3.0 (60.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2.0 (40.0%)
Гідрокінезотерапія/ заняття у воді	69	Велика потреба	19	0 (0%)	8.0 (42.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11.0 (57.9%)
		Немає/ не було потреби	13	0 (0%)	3.0 (23.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10.0 (76.9%)
		Певна потреба	14	0 (0%)	7.0 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7.0 (50.0%)
		Потреба	23	0 (0%)	14.0 (60.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9.0 (39.1%)

Таблиця 15

Реабілітаційна послуга	Потреба	Велика потреба	Певна потреба	Немає/ не було потреби
Фізична терапія (терапевтичні вправи, дихальні, рівновага, сила, витривалість тощо)	65.0 (51.6%)	28.0 (22.2%)	26.0 (20.6%)	7 (5.6%)
Ерготерапія (самообслуговування, побут, робота, адаптація середовища тощо)	11.0 (18.0%)	3.0 (4.9%)	15.0 (24.6%)	32 (52.5%)
Терапія мовлення (терапія мовлення, тренування ковтання тощо)	2.0 (3.8%)	1.0 (1.9%)	1.0 (1.9%)	49 (92.5%)
Психологічна підтримка	65.0 (41.1%)	50.0 (31.6%)	36.0 (22.8%)	7 (4.4%)
Послуги соціального працівника	4.0 (7.0%)	0 (0%)	13.0 (22.8%)	40 (70.2%)
Консультації фахівців з реабілітації (лікар фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичного терапевта та/або ерготерапевта та/або психолога та/або терапевта мови та мовлення)	60.0 (50.8%)	29.0 (24.6%)	23.0 (19.5%)	6 (5.1%)
Менеджмент лімфостазу (лімфодренаж, компресійна терапія)	40.0 (36.7%)	36.0 (33.0%)	20.0 (18.3%)	13 (11.9%)
Нутриційна підтримка (дієтотерапія, спеціальне харчування, добавки)	36.0 (37.5%)	20.0 (20.8%)	21.0 (21.9%)	19 (19.8%)
Телереабілітація / дистанційні консультації	30.0 (44.1%)	8.0 (11.8%)	13.0 (19.1%)	17 (25.0%)
Інше (будь ласка, вкажіть)	2.0 (16.7%)	1.0 (8.3%)	1.0 (8.3%)	8 (66.7%)
Не отримував/ла жодних реабілітаційних послуг	57.0 (50.4%)	21.0 (18.6%)	24.0 (21.2%)	11 (9.7%)
Підбір, налаштування та навчання користуватися додатковими засобами реабілітації	12.0 (26.1%)	8.0 (17.4%)	6.0 (13.0%)	20 (43.5%)
Масаж (не лімфодренажний)	31.0 (45.6%)	11.0 (16.2%)	12.0 (17.6%)	14 (20.6%)
Апаратна фізіотерапія (електрофорез, магнітотерапія тощо)	6.0 (14.3%)	3.0 (7.1%)	8.0 (19.0%)	25 (59.5%)
Акупунктура	5.0 (12.8%)	3.0 (7.7%)	6.0 (15.4%)	25 (64.1%)
Гідрокінезотерапія/ заняття у воді	23.0 (33.3%)	19.0 (27.5%)	14.0 (20.3%)	13 (18.8%)

Втручання	Групи втручань
Консультація лікаря фізичної та реабілітаційної медицини	Консультації
Консультація фізичного терапевта	Консультації
Консультація ерготерапевта	Консультації
Консультація лікаря з лікувальної фізкультури	Консультації
Консультація фізіотерапевта (фізіотерапія)	Консультації
Суміжна медична інтервенція: ерготерапія	Консультації
Суміжна медична інтервенція: фізична терапія	Консультації
Суміжна медична інтервенція: логопедія / SLT	Консультації
Виготовлення допоміжного або адаптивного засобу	Допоміжні засоби
Використання або налаштування допоміжного засобу	Допоміжні засоби
Ремонт допоміжного або адаптивного засобу	Допоміжні засоби
Видалення допоміжного або адаптивного засобу	Допоміжні засоби
Тренування відтворення звуків	TMM
Тренування мовлення	TMM
Тренування плавності мовлення	TMM
Тренування мови	TMM
Тренування навчальних навичок	TMM
Тренування сенсорної / сенсомоторної функції	Ерготерапія
Тренування пам'яті, орієнтації, уваги	Ерготерапія
Тренування виконавчих функцій	Ерготерапія
Терапевтичні вправи: м'язи обличчя / СНЩС	TMM
Терапевтичні вправи: очні м'язи	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: м'язи стравоходу	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: плечовий суглоб	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: грудна клітка / живіт	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: спина / шия	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: м'язи руки	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: ліктьовий суглоб	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: кисть / зап'ясток / пальці	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: кульшовий суглоб	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: м'язи тазового дна	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: м'язи нижньої кінцівки	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: колінний суглоб	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: стопа / гомілковостопний суглоб	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: усе тіло	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: респіраторна система	Фізична терапія
Терапевтичні вправи: серцево-судинна система	Фізична терапія
Тренування положення та рухів тіла	Функціональне тренування
Тренування переміщення	Функціональне тренування
Тренування слухової функції	Функціональне тренування
Тренування бінокулярного зору	Функціональне тренування
Тренування самообслуговування	Ерготерапія
Тренування підтримання здоров'я	Ерготерапія
Тренування використання допоміжних засобів	Допоміжні засоби
Тренування ведення домашнього господарства	Ерготерапія
Тренування управління фінансами	Ерготерапія
Тренування батьківських навичок	Ерготерапія
Тренування професійних навичок	Ерготерапія
Тренування ергономіки	Ерготерапія
Ігрова та рекреаційна терапія	Ерготерапія
Тренування впевненості у воді	Функціональне тренування
Тренування інших навичок	Ерготерапія
Допомога із самообслуговуванням	Ерготерапія
Допомога з підтриманням здоров'я	Догляд, супровід
Допомога з використанням допоміжних засобів	Догляд, супровід
Допомога з мобільністю та рухами	Догляд, супровід
Допомога з переміщенням	Догляд, супровід
Допомога з веденням домашнього господарства	Догляд, супровід
Допомога з виконанням батьківських обов'язків	Догляд, супровід
Маніпуляція або мобілізація суглобів	Фізична терапія
Холодова терапія	Фізична терапія
Теплова терапія	Фізична терапія
Тренування сечового міхура	Фізична терапія
Оцінка обсягу рухів / м'язовий тест	Обстеження
Фототерапія суглоба	Фізіотерапія апаратна
Фототерапія м'яких тканин	Фізіотерапія апаратна
Психодинамічна психотерапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Когнітивно-поведінкова терапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Сімейна терапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Клінічний гіпноз	Психологічні та психосоціальні втручання
Музикотерапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Міжособистісна психотерапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Інші психотерапевтичні втручання	Психологічні та психосоціальні втручання
Арт-терапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Підтримуюча психотерапія	Психологічні та психосоціальні втручання
Психосвіта	Психологічні та психосоціальні втручання